FORMEN DER DASEINSBEWÄLTIGUNG BEI CHRONISCHER KRANKHEIT

Eine Untersuchung an erwachsenen Hämophilen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu
BONN

vorgelegt von

ANNETTE KIPNOWSKI
geb. Schröer

aus

HAMM / Westf.

BONN 1980

FORMEN DER DASEINSBEWÄLTIGUNG BEI CHRONISCHER KRANKHEIT

Eine Untersuchung an erwachsenen Hämophilen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu
BONN

vorgelegt von

ANNETTE KIPNOWSKI
geb. Schröer

aus

HAMM / Westf.

BONN 1980

Angefertigt mit Genehmigung der Philosophischen Fakultät
der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof.Dr.Dr.H.THOMAE

2. Gutachter: Prof.Dr.U.LEHR

Tag der mündlichen Prüfung: 23.Januar 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Druck: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Inhaltsverzeichnis

		Seite
	Vorwort	6
	Einleitung	7
1	Somatischer Aspekt der Hämophilie	9
1.1	Krankheitsbild	9
1.2	Zur Therapie der Hämophilie	11
2	Der psychologische Aspekt der Hämophilie	12
2.1	Einfluß der Hämophilie auf die Familie und das Verhalten der Eltern	13
2.2	Problemfeld Schule und Ausbildung	18
2.3	Berufswahl und Erwerbstätigkeit	22
2.4	Freizeitverhalten und Sozialkontakt	24
2.5	Partnerschaft und Familienplanung	26
2.6	Psychosomatischer Aspekt der Hämophilie	29
2.7	Psychopathologische Auffälligkeiten,spezi - fische Reaktionen und Persönlichkeitsmerk - male hämophiler Patienten	34
3	Untersuchungsansätze zu "Verarbeitungs - mechanismen"	39
3.1	Das Konzept von R.S.LAZARUS	43
3.1.1	Der "Copingprozeß" als abhängige Variable von Situations- und Personenparametern	43
3.1.2	Klassifikation von "Coping"	47
3.1.3	Erfassung von "Copingformen" und ihrer Effektivität	51
3.2	Das Tripelmodell der Ich-Mechanismen von N.HAAN	54
3.3	Das Konzept von H.THOMAE	58
3.4	Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Konzepte von R.S.LAZARUS,N.HAAN und H.THOMAE	64
4	Methodik der vorliegenden Untersuchung	67
4.1	Fragestellung	67
4.2	Diskussion möglicher Untersuchungsinstrumente zur Erfassung von Formen der Auseinandersetzung	69
4.3	Das psychodiagnostische Gespräch als Forschungs- instrument	71
4.3.1	Testgütekriterien des psychodiagnostischen Ge- sprächs: Objektivität,Reliabilität,Validität	71
4.3.2	Psychodiagnostisches Gespräch mit spezieller Zielsetzung: die biographische Anamnese	76
4.4	Zum Kategoriensystem	78

4.4.1	Defensive Techniken (Abwehrmechanismen im engeren Sinne)	80
4.4.2	Evasive Techniken	85
4.4.3	Techniken der (autoplastischen) Anpassung	93
4.4.4	Techniken der Leistung (alloplastischen Anpassung)	99
4.4.5	Assertive Techniken	102
4.5	Das Problem der Zeitperspektive bei der Erfassung von Daseinstechniken im Lebenslauf	104
4.5.1	Subjektivität der Gliederung des Lebenslaufs	104
4.5.2	Möglichkeiten der Gliederung des Lebenslaufs	108
4.6	Das Ratingverfahren	111
4.7	Weitere in der Untersuchung verwendete Verfahren	116
4.7.1	Biographischer Erhebungsbogen	116
4.7.2	Zur Erfassung von "Patienten-Compliance"	117
4.7.3	Zur Erfassung (von Aspekten) des Selbstbildes	119
4.8	Hypothesen,Vorannahmen	120
4.9	Statistische Auswertung	122
5	Durchführung der Untersuchung	123
6	Ergebnisse	124
6.1	Demographische Daten	124
6.1.1	Alter und Wohnsitz der untersuchten Patienten	124
6.1.2	Familienstand und Wohnarrangements	124
6.1.3	Art der Schulbildung und ihr Zusammenhang mit anderen Variablen	125
6.1.4	Ausgeübte Tätigkeit und Einkommen der Patienten	126
6.1.5	Sozialer Status der Eltern	128
6.1.6	Geschwister	129
6.2	Klinische Daten mit psychologischer Relevanz	130
6.2.1	Schweregrad der Krankheit und Alter bei Diagnose	130
6.2.2	Länge der Heimselbstbehandlung und Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Veränderungen aus der Sicht der Patienten	131
6.2.3	Compliance	134
6.2.4	Familienanamnese und Wissensstand über die Vererbung der Krankheit	135
6.3	Ergebnisse des Gießen-Tests (GT-S)	136
6.4	Auftretenshäufigkeiten von defensiven,evasiven, assertiven Techniken und Formen der Anpassung	139

6.5	Dominante Techniken	147
6.6	Beziehungen zwischen den Techniken	149
6.6.1	Bemerkungen zur Darstellung	149
6.6.2	Beziehungen zwischen Techniken im Bereich 'unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen'	150
6.6.3	Zusammenhänge zwischen Techniken im Bereich 'Ausbildung und Beruf'	151
6.6.4	Zusammenhänge zwischen Techniken im 'Sozialbereich'	153
6.6.5	Zusammenhänge zwischen Techniken aller drei Bereiche	156
6.6.6	Zusammenhänge zwischen Daseinstechniken und anderen Variablen (Schweregrad der Körperbehinderung,Compliance,Dauer der Heimselbstbehandlung)	159
6.7	Daseinstechniken 'früher' und 'heute'	163
6.8	Formen der Auseinandersetzung,die den definierten Kategorien nicht zuzuordnen waren	169
6.9	Zwei exemplarische Biographien	171
6.9.1	Lebenslaufschilderung von Herrn A	172
6.9.2	Lebenslaufschilderung von Herrn B	181
7	Zusammenfassende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	186
	Anhang	
	Anmerkungen	
	Literaturverzeichnis	
	Lebenslauf	

Vorwort

Diese Arbeit wurde ermöglicht durch die freundliche Förderung und Betreuung von Herrn Prof.Dr.Dr.h.c. H.THOMAE, dem ich in besonderem Maße danken möchte.
Dank gebührt auch Herrn Akad.Oberrat Dr.med.H.H.BRACKMANN vom Institut für experimentelle Hämatologie und Bluttransfusionswesen der Universität Bonn und Herrn Oberarzt Priv.Doz.Dr.med. P.HOFMANN von der Orthopädischen Universitätsklinik Bonn für ihre Unterstützung bei der dieser Arbeit zugrundeliegenden Untersuchung.
Dankend erwähnen möchte ich außerdem Frau Dipl.Psych.Dr.phil. S.LUDWIG, die mir beim Rating behilflich war.
Nicht vergessen werden sollen die 43 hämophilen Patienten,die durch ihre Kooperationsbereitschaft wesentlich zu dieser Arbeit beigetragen haben.

Einleitung

In den letzten Jahren ist eine ständige Zunahme von Arbeiten zu beobachten,die sich mit "psychischen Ursachen" körperlicher Krankheiten beschäftigen (vgl. SCHMIDT und BECKER 1977).
Daneben läßt sich nun auch eine ständig wachsende Anzahl von Untersuchungen verzeichnen,die die Folgen (primär) körperlicher Erkrankungen auf das Verhalten und die Psyche zum Gegenstand haben.
Es bietet sich an,für die jeweils im Blickpunkt stehende Wirkungsrichtung die Begriffe "psychosomatisch" (HEINROTH 1818) bzw. "somatopsychisch" (JACOBI 1822) zu verwenden,wobei die Frage,ob diese Dichotomisierung sinnvoll ist,zunächst zurückgestellt werden soll.
Geht man also von dieser Einteilung aus,berührt die vorliegende Arbeit vornehmlich den "somatopsychischen" Aspekt,da es sich um Patienten handelt,die an einer eindeutig genetisch determinierten Krankheit leiden.
Arbeiten,die sich vornehmlich mit dieser hypostasierten Wirkungsrichtung beschäftigen,beziehen sich im allgemeinen auf Patienten mit körperlichen "Leiden",also chronischen Folgen von Krankheiten (HOLZNER et al. 1973),wie z.B. Diabetiker (JOCHMUS 1971; LOHMANN et al. 1976; STEINHAUSEN und BÜRNER 1977 u.a.),Karzinompatienten (HACKETT und WEISMAN 1964; DAVIES et al. 1973 u.a.) und Patienten mit chronischen Folgezuständen von Affektionen des Haltungs- und Bewegungsapparates (HAGMEIER 1955; BEECK 1961; HAMBITZER 1962; MYERS et al. 1970; JANSEN 1976; STEINHAUSEN und WEFERS 1977).
Vom Erscheinungsbild her wären Hämophiliepatienten am ehesten der letzten Gruppe zuzuordnen,da die infolge der Blutungen entstandenen Körperbehinderungen dieses Leiden phänotypisch kennzeichnen.
Im Gegensatz zu den meisten neueren Arbeiten ist es jedoch nicht das Hauptanliegen dieser Untersuchung festzustellen,ob sich Hämophiliepatienten hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale von anderen kranken Menschen oder Gesunden unterscheiden.
Wesentlich ist vielmehr die Frage,wie Hämophiliepatienten ihre Krankheit bewältigen und wie sie mit Krankheits- und Alltagssituationen bevorzugt umgehen.

Dabei wird von der Voraussetzung ausgegangen,daß zur Beschreibung solcher Verhaltensweisen psychopathologische Klassifikationssysteme wenig geeignet sind,da man nicht a priori annehmen kann,daß sich körperlich kranke Menschen hinsichtlich "auffälliger" Verhaltensweisen von Gesunden grundsätzlich unterscheiden.
Zum Aufbau dieser Arbeit ist zu bemerken,daß der theoretische Teil drei Bereiche umfaßt:
Nach einer kurzen Darstellung des medizinischen Aspekts der Krankheit wird die relevante deutsche und internationale Literatur zur Psychologie und Psychiatrie der Hämophilie ausführlich referiert. Die Gliederungspunkte entsprechen im wesentlichen den in meiner Diplomarbeit verwandten (KIPNOWSKI 1977).Die herangezogene Literatur wurde wesentlich erweitert und ergänzt.
Es schließt sich eine Diskussion über Ansätze zur Erfassung von Verarbeitungsformen an,in der insbesondere die Konzepte von R.S. LAZARUS,N.HAAN und H.THOMAE Berücksichtigung finden.
Die Verwendung eines nicht standardisierten Kategoriensystems macht nähere Erläuterungen zur Definition und Erstellung notwendig, die den dritten Bereich der theoretischen Erörterung darstellen.

1 Somatischer Aspekt der Hämophilie

1.1 Krankheitsbild

Zum Verständnis der Situation Hämophiler ist es zunächst notwendig, kurz auf das Krankheitsbild und die Therapiemöglichkeiten einzugehen. In diesem Zusammenhang werden auch die zur Kennzeichnung der eigenen untersuchten Patientengruppe verwandten Einteilungen nach hämatologischem Schweregrad und Grad der Körperbehinderung erläutert.

Bei der Hämophilie handelt es sich um eine Koagulopathie durch angeborene Bildungsstörung, die im Fall der Hämophilie A durch einen völligen oder weitgehenden Mangel des plasmatischen Gerinnungsfaktors VIII, im Falle der Hämophilie B durch einen entsprechenden Mangel an plasmatischem Gerinnungsfaktor IX gekennzeichnet ist. Der unter dem Begriff "Bluterkrankheit" bekannte Defekt wird x-chromosomal rezessiv vererbt; betroffen ist in der Regel nur das männliche Geschlecht - Frauen sind Konduktorinnen. Abb.12 im Anhang verdeutlicht den Erbgang der Hämophilie.

In der Bundesrepublik Deutschland sind 3000 Bluter registriert, jedoch wird mit einer Dunkelziffer von weiteren 3000 Hämophilen gerechnet (BRACKMANN et al. 1976). Pro Jahr wächst diese Zahl um 80- 100 Patienten an; wegen leerer Familienanamnese muß in 30-40% der Fälle eine Spontanmutation angenommen werden (LANDBECK und KURME 1972); HEIER (1975) schätzt diese Quote sogar auf 60%. Das Verhältnis von Hämophilie A zu Hämophilie B soll etwa 5:1 betragen (GROSS und SCHÖLMERICH 1976).

Der Schweregrad der Krankheit ist abhängig von der dem Patienten verbliebenen Restaktivität an Faktor VIII oder IX, wobei von folgender Einteilung ausgegangen wird[1]:

Schwere Form :F VIII o. IX: 0- 1% Restaktivität
Mittelschwere Form :F VIII o. IX: 1- 5% Restaktivität
Leichte Form :F VIII o. IX: 5-15% Restaktivität

Die Krankheit, die meist erst bei zunehmender Beweglichkeit des Kindes (etwa ab 2.Lj.) diagnostiziert wird, zeigt trotz lebenslang gleichbleibendem- weil genetisch determiniertem- Mangel des Gerinnungsfaktors im Hinblick auf die Blutungsfrequenz einen uneinheitlichen Verlauf (NILSSON et al. 1970; LANDBECK u. KURME 1972; BRACK-

MANN et al.1975; HEIER 1975).Die das Krankheitsbild kennzeichnenden Blutungen in die Gelenke,Muskulatur,Haut,Körperhöhlen und Organe,die häufig ohne sichtbaren Anlaß oder infolge geringfügiger Verletzungen auftreten,sind fast ausschließlich bei der mittleren bis schweren Hämophilie zu finden.
Dabei treten die Blutungen hauptsächlich im Bereich der Bewegungsorgane auf (HOFMANN et al. 1977).Die große Neigung der Hämophilen zu Gelenkblutungen bestätigte sich auch bei der Analyse von über 11500 Blutungen von 392 Patienten des Bonner Hämophiliezentrums in den Jahren 1971-1976: 79% der Blutungen betrafen die Gelenke (HOFMANN et al.1977).Die rezidivierenden Blutungen führen zu"hartnäckig fortschreitender Gebrauchsbehinderung und Gelenkzerstörung" (a.a.O.),die wiederum ihrerseits in Form eines Rückkoppelungeffektes vermehrt Gelenkblutungen evozieren.
So ist die typische Behinderung des Hämophilen gekennzeichnet durch Kontrakturen,Fehlstellungen,Arthropathien und Lähmungen vorwiegend der Knie- und Ellenbogengelenke (HEIER 1975; LANDBECK und KURME 1973),die infolge nicht oder unzureichend behandelter Gelenk- und Muskelblutungen entstehen (LANDBECK und KURME 1972; BACHNER und BRACKMANN 1974).
Zur Einschätzung des Körperbehinderungsgrades wird folgender Index verwandt[2]:

I	Leichte Form	: Geringe Beeinträchtigung (Gehleistung > 5000 m),keine besondere Neigung zu schmerzhaften Blutungen
II	Mittelschwere Form	: Spürbare Beeinträchtigung (Gehlei - stung zwischen 1000 und 5000 m),mäßige Neigung zu schmerzhaften Blutungen
III	Schwere Form	: Erhebliche Behinderung (Gehleistung unter 1000 m),häufige schmerzhafte Blutungen bzw. Gelenkreizungen mit weitgehender Unfähigkeit sich fortzubewegen

Mit zunehmendem Alter der Patienten steigt der Behinderungsgrad prozentual an,und die Situation der heutigen Patienten über 30 J. ist sehr desolat (HOFMANN et al. 1977).Es kann vermutet werden,daß dies nicht ohne Konsequenzen bleibt für die soziale und psychische Situation der Betroffenen.

1.2 Zur Therapie der Hämophilie

Seit Anwendung von Substitutionspräparaten etwa ab Anfang der 60er Jahre stellt die Stillung lebensgefährlicher Blutungen kein Problem mehr dar.So geht es heute nicht mehr um die "Lebensprognose" der Hämophilen,deren mittlere Lebenserwartung im Bereich blutgesunder Personen liegt,sondern um die "Leidensprognose" (LANDBECK und KURME 1972,525),das heißt,in den Mittelpunkt des Problemfeldes ist die Verhütung von Körperbehinderung und Frühinvalidisierung des hämophilen Patienten gerückt.Von den bisher 22 Hämophiliezentren in der Bundesrepublik Deutschland arbeiten 12 mit dem Konzept der Heimselbstbehandlung,das 1968 von FRANKLIN in den USA (FRANKLIN 1971) und 1971 von EGLI und BRACKMANN in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt wurde (BRACKMANN et al.1976; SCHIMPF 1979).

Die Patienten bzw. ihre Angehörigen werden in einer individuellen Schulung theoretisch und praktisch in der Früherkennung und Therapie von Blutungen unterwiesen.Sie haben somit die Möglichkeit, durch sofortige Injektion von Substitutionspräparaten eine Blutung schon im Anfangsstadium zum Stillstand zu bringen,ohne räumlich an ein Behandlungszentrum gebunden zu sein.Neben der Verhütung größerer Blutungen und Gelenkschäden bringt dieses Behandlungsprinzip dem Patienten einen beträchtlichen Zuwachs an Bewegungsfreiheit und stellt ihn in etwa einem Diabetiker gleich.

Trotz dieser positiven Effekte,die auch von Behandlungszentren anderer Staaten berichtet werden (NILSSON et al.1970; RABINER und TELFER 1970; RABINER et al.1972 u.a.),ist die Heimselbstbehandlung in der Bundesrepublik nicht unumstritten.Gegner dieser Therapiemethode halten die relativ hohe Eigenverantwortlichkeit der Patienten an der medizinischen Therapie für bedenklich bzw. weisen auf die außerordentlich hohen Kosten der Substitutionspräparate hin[3].

Einig ist man sich jedoch darüber,daß Blutungen sofort substitutiv behandelt werden müssen (EGLI und BRACKMANN 1972; LANDBECK und KURME 1972; HEIER 1975 u.a.),um die Patienten vor einer lebenslangen körperlichen Behinderung zu bewahren.

2 Der psychologische Aspekt der Hämophilie

Die ersten Ansätze zu einer systematischen Erforschung psychologischer Aspekte der Hämophilie gingen Ende der 50er Jahre von Psychiatern aus[4] (FAVRE-GILLY 1957; POINSARD 1957; BROWNE et al. 1960).Daß in diesen Zeitraum auch die Entwicklung bzw. Anwendung der Substitutionspräparate fiel,mag ein Zufall sein.Es liegt jedoch die Vermutung nahe,daß -nachdem die Frage des Überlebens Hämophiler zumindest theoretisch gelöst war - die psychischen und sozialen Probleme vermehrt in das Blickfeld rückten.
Bemerkenswerterweise beschäftigten sich POINSARD und BROWNE et al. mit möglichen psychischen Einflüssen auf die Blutungsneigung, berücksichtigten also den "psychosomatischen" Aspekt.
Im Laufe der Jahre partizipierten zunehmend Psychologen und So - ziologen an diesem Forschungsgebiet,so daß heute eine Vielzahl internationaler Arbeiten zum psychologischen Aspekt der Hämophilie vorliegt.
Während bestimmte Fragestellungen immer wieder auftauchen,bestehen z.T. erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Untersuchungsmethode.
Als Ordnungsprinzip,unter dem die wichtigsten einschlägigen Veröffentlichungen referiert werden,erscheint die theoretische Ausrichtung der Untersucher,die nicht immer auszumachen ist,jedoch wenig geeignet.Die wichtigsten Ergebnisse sollen vielmehr "Problembereichen"zugeordnet werden.Folgende Aspekte erscheinen wichtig:

- Einfluß der Hämophilie auf die Familie und das Verhalten der Eltern
- Problemfeld Schule und Ausbildung
- Berufswahl und Erwerbstätigkeit
- Freizeitverhalten und Sozialkontakt
- Partnerschaft und Familienplanung
- Psychosomatischer Aspekt
- Persönlichkeitsmerkmale und psychopathologische Auffälligkeiten sowie spezifische Reaktionsweisen Hämophiler

2.1 Einfluß der Hämophilie auf die Familie und das Verhalten der Eltern

Es erscheint unmittelbar einsichtig,daß ein hämophiles Kind für die gesamte Familie eine Vielzahl von Problemen mit sich bringt. Wie diese Probleme im einzelnen aussehen,soll anhand der wichtigsten Untersuchungen referiert werden.
Die Diagnose "Hämophilie" löst bei den Eltern des betreffenden Kindes in der Regel einen emotionalen Schock aus,sobald die Bedeutung der Krankheiterkannt wird (SALK et al. 1972).Dies ist auch dann der Fall,wenn die erbliche Belastung vor der Geburt des Kindes bekannt war oder vermutet wurde (BROWNE et al.1960; MATTSSON und GROSS 1966).
MATTSSON und GROSS (1966) berichten über eine positive Familienanamnese bei 25 ihrer 33 Patienten;bei den 1055 von KATZ (1963) befragten Patienten waren es etwa 50% der Familien,die von der erblichen Belastung wußten.
Die Probleme für die Familie verstärken sich,wenn mehr als ein Kind an der Bluterkrankheit leidet.Von 22 Familien in der Studie von MATTSSON und GROSS (1966) hatten 9 mehr als ein hämophiles Kind.In ALLAINs Stichprobe (1975) hatte ein Viertel der 137 Familien mindestens zwei hämophile Söhne.
HEIERs Studie an 489 deutschen Hämophilen (1975) enthielt auch Fragen an die Mütter über den Grad der aus der Hämophilie resultierenden familiären Belastung.Ein Viertel der befragten Mütter (,deren absolute Zahl leider nicht aufgeführt wird,)gab an,daß in ihrer Familie Probleme beständen,die mit der Bluterkrankheit ihres Sohnes oder ihrer Söhne zusammenhingen.Im einzelnen betrafen diese Probleme elterliche Erziehungsschwierigkeiten und Konflikte des hämophilen Kindes mit seinen gesunden Geschwistern.Von einem Teil der Mütter wurde als problematisch empfunden,daß gemeinsames Ausgehen der Eltern unmöglich sei,da der hämophile Sohn ständig beaufsichtigt werden müsse.Weitere Schwierigkeiten bezogen sich auf eheliche Konflikte und Scheidung oder ergaben sich daraus,daß der Ehemann seiner Frau die Schuld an der Bluterkrankheit des Sohnes gab oder ihr falsches Verhalten bei Blutungen vorwarf.
20% der Mütter klagten über finanzielle Belastungen,die vor allem

durch nicht erstattete Fahrtkosten zu den Hämophiliezentren entständen.
In der Untersuchung von SALK et al. (1972) gaben die 30 befragten Eltern am häufigsten an,daß die Krankheit ihres Sohnes die Beziehung zum Ehepartner -meist in negativer Weise - beeinflußt habe. Weitere Probleme betrafen die Ortsgebundenheit der Familie und die Schwierigkeit,dem hämophilen Sohn und den gesunden Kindern in Erziehung und Zuwendung gleichermaßen gerecht zu werden.Schließlich wurden finanzielle Belastungen angegeben und der indirekte Einfluß des hämophilen Kindes auf die Anzahl weiterer Kinder und auf den Bau eines geplanten Hauses betont.Soziale Isolierung und Einfluß auf berufliche Aufstiegsmöglichkeiten standen am Ende der Problemskala.
Die Autoren,die das Elternverhalten in irgendeiner Weise in ihre Untersuchung mit einbezogen,betonen übereinstimmend,daß das Wissen um die genetische Übertragung der Krankheit bei den Müttern Schuldgefühle hervorrufe (FAVRE-GILLY 1957;POINSARD 1957;BROWNE et al. 1960; AGLE 1964,1975; MATTSSON und GROSS 1966; AGLE und MATTSSON 1968; ALBY 1970; SALK et al. 1972; LARGO 1974 u.a.).
Unterschiedlicher Auffassung sind einige Autoren jedoch darüber, inwieweit den Müttern die Verarbeitung der Schuldgefühle und die Herstellung einer adäquaten Beziehung zum Kind gelingt.In der Untersuchung von SALK et al. (1972) glaubten 83% der befragten Eltern,die Krankheit ihres Sohnes akzeptiert zu haben und die daraus entstehenden Probleme bewältigen zu können.Auch MATTSSON und GROSS (1966),die das Verhalten der Mütter aufgrund psychiatrischer Interviews einschätzten,berichteten,daß 16 der 22 Mütter ihre Schuldgefühle in den ersten vier Jahren nach der Diagnose in zufriedenstellender Weise verarbeitet hatten und sich um eine Erziehung ihrer Söhne zur Selbständigkeit bemühten.
Dagegen beobachteten BROWNE et al. (1960) bei den 26 von ihnen untersuchten Müttern einen überfürsorglichen,in Abhängigkeit haltenden Erziehungsstil.Die Übernahme jeglicher Verantwortung durch die Mütter führe dazu,daß "Hemophilia thus becomes the disease of the mother as well as the affliction of the child"(a.a.O.,739).
Eine starke Tendenz der Mütter zu restriktiver,überbehütender Erziehungshaltung wird in den meisten Untersuchungen betont (FAVRE-

GILLY 1957; POINSARD 1957; BROWNE et al.1960; AGLE 1964 und 1975; ALBY 1970; KOS-ROBES und ZAPOTOCZKY 1971;WALLIS 1972; u.a.) und zuweilen mit dem Begriff "overprotection" bezeichnet (AGLE 1964, 1975; ALBY 1970; LARGO 1974).Auch in der Befragung von HEIER (1975) waren ca. 62% der Mütter vollständig,überwiegend oder teilweise der Meinung,daß ein hämophiles Kind viel mehr Elternliebe benötige als ein gesundes.Mehr als die Hälfte der Mütter ließen nach eigenen Angaben ihren Söhnen wegen der Krankheit manchmal Dinge "durchgehen", die sie ihnen sonst nicht gestatten würden.Über ein Drittel waren der Ansicht,daß die Eltern ihren hämophilen Kindern Unannehmlichkeiten und eigene Anstrengungen soweit wie möglich ersparen sollten (a.a.O.,96).

Dieser überfürsorgliche mütterliche Erziehungsstil bewirkt nach Meinung zahlreicher Autoren eine passiv-abhängige Haltung der Kinder,die wiederum die Blutungsneigung begünstige (POINSARD 1957; BROWNE et al. 1960; AGLE 1964,1975).Weiterhin induziere die Mutter-Sohn-Symbiose eine väterliche Einstellung gegenüber dem Jungen,die durch Passivität,Desinteresse und Ablehnung gekennzeichnet sei.Das Gefühl der Minderwertigkeit des hämophilen Kindes werde hierdurch verstärkt und die männliche Identifikation erschwert (FAVRE-GILLY 1957; POINSARD 1957; AGLE 1964,1975; KOS-ROBES und ZAPOTOCZKY 1971; WALLIS 1972).

Dagegen schätzen MATTSSON und GROSS (1966),die sich schon in der Beurteilung des mütterlichen Verhaltens von den anderen Autoren unterschieden (s.o.),auch das Verhalten der Väter insgesamt positiver ein.In ihrer Studie habe die Mehrzahl der Väter nach anfänglichen Akzeptierungsschwierigkeiten eine positive Beziehung zum Sohn aufbauen können und die Erziehung aktiv mitgestaltet.STEINHAUSEN (1975) kommt in seiner Untersuchung von 50 hämophilen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern,die er mit entsprechenden Kontrollgruppen verglich,ebenfalls zu Ergebnissen,die der Mehrzahl der Hämophilieliteratur widersprechen.Bei den mit dem FPI und der Direktivitätsskala des "Fragebogen(s) zur Erfassung direktiver Einstellungen"(FDE) untersuchten Eltern stellte er in bezug auf die Mütter der hämophilen und der blutgesunden Kinder keine Unterschiede fest und konnte den vielzitierten Typus einer "neurotisch-ängstlich-depressiven Mutter" nicht bestätigen (a.a.O.,160).

Es unterschieden sich eher die Väter hämophiler von denen blutgesunder Söhne und zwar in der Weise,daß sie sich als dominanter,direktiver und neurotischer zeigten (a.a.O.).Eine Konfigurationsfrequenzanalyse der Daten über den wahrgenommenen Erziehungsstil der Väter,der mit Hilfe der "Marburger Erziehungsskalen" gemessen wurde,habe jedoch ergeben,daß die Söhne ihre Väter nicht als "overprotectiv" erlebten,wie es die Ergebnisse hätten nahelegen können (a.a.O.).

Demgegenüber stellte HEIER (1975) fest,daß das restriktive Erziehungsverhalten der Mütter seinen Niederschlag in einer Minderung der sozialen Kontakte ihrer Söhne finde.Dies ergebe sich aus einer Kreuztabulierung zwischen Erziehungspraktiken und Umfang der sozialen Kontakte (a.a.O.,93).Nur 58% der befragten Mütter hätten nichts dagegen,daß ihr Sohn mit anderen Kindern spiele; ein Fünftel habe angegeben,daß ihr Sohn generell,überwiegend oder teilweise nicht oder nur unter Aufsicht außerhalb der Wohnung spielen dürfe (a.a.O.,91).

Während die anderen Untersuchungen entweder vor Einführung der Heimselbstbehandlung liegen oder diese nicht erwähnen,berücksichtigt HEIER diesen Faktor bei der Kennzeichnung des mütterlichen Erziehungsverhaltens.In seiner Untersuchung gaben 97% der Mütter von Heimselbstbehandlern an,daß sie sich durch die Heimselbstbehandlung sicherer und freier als vorher fühlten.Einflüsse dieser neu gewonnenen Selbstsicherheit auf ihr Erziehungsverhalten konnte HEIER jedoch nicht feststellen,da sich diese Mütter von Müttern traditionell behandelter Hämophiler nicht signifikant unterschieden.

In der eigenen Untersuchung (KIPNOWSKI 1977) wurden die Aussagen von 28 jungen erwachsenen Hämophilen,bei denen die Hämophilie vor dem 4. Lebensjahr diagnostiziert worden war,hinsichtlich der empfundenen Einschränkung eingeschätzt.Danach fühlten sich zwei Drittel der Patienten sowohl in bezug auf die erlaubten Spiele als auch auf die Kontakte zu Gleichaltrigen in ihrer Kindheit eingeschränkt.Bei der Kennzeichnung des elterlichen Erziehungsverhaltens wurden jeweils 20mal behütende,10mal verwöhnende und 14mal autoritäre Verhaltensweisen geschildert.Bemerkenswert ist auch hier,daß sich der Erziehungsstil der Eltern nach Meinung der Pa -

tienten nach Beginn der Heimselbstbehandlung nicht oder nur unwesentlich geändert hat .

Eine Einschränkung des Kontaktes zu gleichaltrigen Spielkameraden aus Angst vor Blutungsereignissen legt auch nahe,daß die Eltern ihre hämophilen Söhne vom Kindergarten fernhalten.HEIER (1975) stellte fest,daß etwa die Hälfte der heranwachsenden hämophilen Kinder den Kindergarten besuchte (a.a.O.,99).Dagegen lag die Quote in der Untersuchung von SEELIGER-PETERSEN (1968) bei nur 18,5% (a.a.O.,17).Eine Aufschlüsselung der Daten bestätigte nach HEIER den Trend,daß der Prozentsatz der Hämophilen,die den Kindergarten besuchen, zunimmt.

Zusammenfassung:

Aus den referierten Untersuchungen lassen sich deutliche Hinweise auf schwerwiegende Belastungen ableiten,die für die Familie durch ein hämophiles Kind entstehen.Die Schwierigkeiten äußern sich in Konflikten der Ehepartner,Erziehungsunsicherheit gegenüber dem kranken Kind und seinen gesunden Geschwistern,in Bewegungsein - schränkungen der Familie und finanziellen Belastungen.

Betont werden die aus der genetischen Übertragung resultierenden Schuldgefühle der Mütter,die in einen überfürsorglichen restriktiven Erziehungsstil münden sollen.Effekt dieses mütterlichen Erziehungsverhaltens und der engen Mutter-Sohn-Beziehung ist nach Meinung der Autoren häufig eine ablehnende Einstellung des Vaters und eine Einschränkung der Kontakte des Kindes.Untersuchungen,die über nicht-pathologische elterliche Verhaltensweisen und eine gelungene Anpassung der Eltern an die Probleme berichten,sind in der Minderzahl.

2.2 Problemfeld Schule und Ausbildung

Die erhöhte Blutungsfrequenz zwischen dem 6. und 14.Lebensjahr (vgl.1.1) läßt für den Hämophilen,der die Schule besucht oder sich in der Ausbildung befindet,Probleme erwarten.
So stellte auch STEINHAUSEN (1975) fest,daß 44% der von ihm untersuchten hämophilen Kinder und Jugendlichen entweder verspätet eingeschult oder mindestens einmal nicht versetzt worden waren,also keinen altersgemäßen Schulstand hatten (a.a.O.,102).Dies entspricht in etwa dem Ergebnis der eigenen Untersuchung (KIPNOWSKI 1977),daß nämlich die Hälfte der 30 Patienten während ihrer Schulzeit wegen längerer Versäumnisse mindestens eine Klasse wiederholen mußten.Für das letzte abgeschlossene Schuljahr ermittelte STEINHAUSEN (1975) bei seinen Patienten eine durchschnittliche Fehlzeit von 9,4 Wochen.
In der Untersuchung von HEIER (1975) lag der Prozentsatz der Klassenwiederholer für die 7-9jährigen bei 32% und für die 13-16jährigen Bluter bei 68% (a.a.O.,102).17% aller 7-9jährigen, 25% aller 13-16jährigen und 54 aller 17-18jährigen Hämophilen hätten mehr als 30% ihrer Schulzeit versäumt (a.a.O.,105).Dies entspricht auch den Angaben von BRITTEN et al. (1966).
Gemessen ander Quote der Zurückstellungen,Klassenwiederholungen, des Besuchs weiterführender Schulen,der Nachhilfestunden und Fehlzeiten von mehr als 30% der Schulzeit sehe es nach HEIER nicht so aus,als habe der medizinisch-therapeutische Fortschritt zu einer Verbesserung der schulischen Situation geführt (1975,106).
Immerhin gaben 97% der Mütter von Heimselbstbehandlern an,daß sich die durchschnittliche Fehlzeit ihres Sohnes seit Beginn der Heimselbstbehandlung um mindestens 40% vermindert habe (HEIER 1975,108).Einen deutlichen Rückgang der Schulversäumnisse in Tagen aufgrund der Heimselbstbehandlung beobachtete auch LAZERSON (1972) bei 20 Hämophilen zwischen 5 und 17 Jahren.LEVINE et al. (1973) stellten bei 45 untersuchten Hämophilen ebenfalls fest,daß die Fehlzeiten in der Schule bzw. am Arbeitsplatz mit Beginn der Heimselbstbehandlung deutlich gesunken waren,nämlich von 26 Tagen auf durchschnittlich 7 Tage pro Patient und Jahr.
Die Vermutung,daß große Fehlzeiten mit schlechteren Schulleistun-

gen korrelieren,bestätigte sich in der Untersuchung von OLCH (1971) an 45 amerikanischen hämophilen Schülern nicht.Vielmehr hing der Schulerfolg mit dem sozialen Status und dem Intelligenzquotienten zusammen.

Die Literaturangaben zum Intelligenzniveau Hämophiler variieren, obwohl größtenteils gleiche oder vergleichbare Verfahren zur Anwendung kamen.So ergab sich nach DIETERICH (1968) bei der Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe der Hämophilenpopulation im Los Angeles-Raum ein durchschnittlicher IQ von 118. WEISE (1968), der 119 Hämophile mit dem HAWIE bzw. HAWIK testete,stellte bei 21% der Patienten eine sehr hohe Intelligenz fest,während dies nur für 2% der Normalbevölkerung zutreffe.Dagegen fand OLCH (1971) mit dem Instrumentarium des STANFORD-BINET,WISC und WAIS eine Normalverteilung der Intelligenzquotienten bei ihrer Stichprobe.Diesem Befund entsprechen in etwa auch die Angaben von ALLAIN (1975), der 61 hämophile Kinder und Jugendliche mit dem TERMAN-MERRILL-Test untersuchte.Auch STEINHAUSEN (1975) fand bei einem Vergleich der Leistungen im LPS von HORN zwischen 50 hämophilen und 50 blutgesunden Jungen keine signifikanten Unterschiede.

Aufgrund der Ergebnisse in den neueren Untersuchungen von OLCH , ALLAIN und STEINHAUSEN muß in Frage gestellt werden,ob die Annahme einer "eher überdurchschnittlichen intellektuellen Kapazität der Bluterkinder" (HEIER 1975,106) allgemein zutrifft.

Daß auch die Angaben über den prozentualen Anteil der Hämophilen, die weiterführende Schulen besuchen oder besuchten,sehr variieren, ist insofern erstaunlich,als es sich hier um "hard facts" handelt, die kaum vom subjektiven Interpretationssystem verschiedener Autoren beeinflußt sein dürften.Vermutlich unterschieden sich die jeweiligen Stichproben hinsichtlich ihrer Zusammensetzung doch erheblich.Während in den Arbeiten von FABER (1962),SEELIGER-PETERSEN (1968) und WALLIS (1972) der Besuch weiterführender Schulen als Ausnahme von der Regel bezeichnet wird,befand sich in der Untersuchung von STEINHAUSEN (1975) fast die Hälfte der Jungen jenseits des Grundschulalters auf weiterführenden Schulen.Dieselben Zahlen berichtet HEIER für die Gruppe der 13-18jährigen; bei den Hämophilen über 18 Jahre hatten 16% ein Hochschul- und 2% ein Fachhochschulstudium begonnen.Für die Bluter über 30 Jahre nahm

der Anteil derjenigen,die weiterführende Schulen besucht hatten, wieder deutlich ab.
Um das Klassenziel trotz häufigen und langen Fehlens zu erreichen, erweisen sich Nachhilfestunden,die ein finanzielle Belastung der Eltern darstellen,häufig als erforderlich.Dies gilt nach HEIER bereits für 5% der Grundschüler und etwa die Hälfte der hämophilen Schüler in den letzten Gymnasialklassen.
Eine Lösung dieser Probleme versprechen sich zahlreiche Autoren von der Einrichtung von "Bluterinternaten",wie sie in Großbritannien und Frankreich bereits seit einigen Jahren bestehen (FABER 1962; LANDBECK und KURME 1972; STEINHAUSEN und WALLIS 1972;WAGNER und WULFF 1974 ;ALLAIN 1975; STEINHAUSEN 1975).Trotz der Vorteile dieser Schulform,die vor allem in der Gewährleistung eines kontinuierlichen Schulbesuchs und einer medizinischen und psychologischen Betreuung bestehen,befürworten andere Autoren den Besuch normaler Schulen (NOSSEIR 1969; OLCH 1972; CONNOR 1975),um die Gefahr einer Isolierung und Außenseiterrolle des hämophilen Jungen nicht noch zu erhöhen.
HEIER (1975) berücksichtigt die Frage,ob bei der Einführung von Bluterinternaten dem segretativen oder integrativen Modell der Vorzug gegeben werden sollte.In seiner Untersuchung sprachen sich 83% der Hämophilen für ein integratives Modell aus,falls sich eine Internatsunterbringung als notwendig erweisen sollte.Demgegenüber waren nur 64% der Mütter für dieses offenere und 36% für ein ausschließlich oder teilweise segretatives Internatsmodell.34% der Mütter und 41% der erwachsenen und heranwachsenden Bluter waren der Meinung,daß Bluterinternate durch die Heimselbstbehandlung entbehrlich würden (a.a.O.,115).
Ein Faktor,der die soziale Integration der Bluterkinder in der Schule erschwert,ist das Fernbleiben von verschiedenen schulischen Aktivitäten.Nach HEIER beteiligen sich 67% der traditionell behandelten hämophilen Schüler und 84% der Selbstbehandler an Klassenausflügen (a.a.O.,109).Während sich dieser Unterschied zugunsten der Heimselbstbehandler statistisch absichern ließ,war hinsichtlich der Teilnahme am Turnunterricht keine Differenz zwischen den beiden Behandlungsformen zu ermitteln: 31% der hämophilen Schüler nehmen zumindest manchmal am Turnunterricht teil (a.a.O.,110).

In der eigenen Untersuchung (KIPNOWSKI 1977) berichteten über die Hälfte der Patienten, daß sie am Werk- oder Turnunterricht und an Ausflügen nicht partizipieren durften und während der Pausen im Klassenraum blieben.
Nach HEIER gehen etwa 25% der hämophilen Kinder nicht besonders gern oder am liebsten überhaupt nicht zur Schule, wobei dies für die Heimselbstbehandler mehr zutreffe als für die traditionell behandelten Bluterkinder. Dieser signifikante Unterschied lasse sich jedoch nicht auf Diskriminierung durch die Mitschüler zurückführen, da nur 19% der traditionell behandelten Kinder und 15% der Heimselbstbehandler sich von anderen gehänselt oder gemieden fühlten (a.a.O., 109). Von den 30 Hämophilen der eigenen Untersuchung hatten 21 entweder den Eindruck, von den Klassenkameraden gemieden worden zu sein oder einen Sonderstatus besessen zu haben, der es ihnen ermöglichte, sich mehr zu "erlauben".
Zusammenfassung:
Während auch in der jüngeren Generation der Bluter längere Fehlzeiten in der Schule immer noch sehr häufig zu sein scheinen, ist der Besuch weiterführender Schulen selbstverständlicher geworden. Die Diskussion um die Einführung von "Bluterinternaten" berührt die Frage der sozialen Integration von Bluterkindern, die durch verschiedene Faktoren erschwert ist.
Die Annahme einer besonders hohen Intelligenz junger Hämophiler wird durch neuere Untersuchungen in Frage gestellt.

2.3 Berufswahl und Erwerbstätigkeit

Die - zwar jetzt weitgehend vermeidbare,aber tatsächlich noch oft vorzufindende - mangelnde Schulausbildung einerseits und die medizinische Notwendigkeit,körperlich anstrengende Tätigkeiten zu vermeiden (INGRAM 1965,498) andererseits schränken die Berufswahl der Hämophilen ein.So gab die Hälfte der Berufstätigen in der Untersuchung von STEINHAUSEN (1975) an,daß ihre Berufswahl von ihrer Krankheit beeinflußt worden sei.Dieses Zahlenverhältnis entspricht auch den Ergebnissen der eigenen Untersuchung (KIPNOWSKI 1977).
Hinsichtlich des Anteils der zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht beschäftigten Hämophilen geben anglo-amerikanische Autoren ziemlich übereinstimmend eine Quote von etwa 20% an (KATZ 1963 und 1970; BRONKS und BLACKBORN 1968; TAYLOR 1969).
Die Hauptgründe für die Schwierigkeit Hämophiler,einen Arbeitsplatz zu bekommen,sieht KATZ (1970) in unzureichender Berufsausbildung der Patienten und Diskriminierung von seiten der Arbeitgeber.Der Autor führt jedoch auch an,daß er zwischen dem klinischen Schweregrad der Krankheit und dem Status der Berufstätigkeit keine eindeutige Korrelation gefunden habe,daß vielmehr das Selbstbild des Patienten eine Rolle spiele:" Our employment data suggest the conclusion that it is not only the degree of impairment and disability that determine unemployment,underemployment, or total absence from job market.Employment status is at least partly dependent upon the hemophiliac's self-perception as an employable or as a chronically handicapped person "(a.a.O.,1667).
Für die Bluter über 16 Jahre in der Bundesrepublik stellte HEIER (1975) eine Inaktivenquote von 11% und eine Arbeitslosenquote von 4% fest,wobei sich letztere hauptsächlich auf die Altersgruppen der 19-24jährigen beschränkte (a.a.O.,116).Für die berufliche Stellung erwerbstätiger Bluter ergab sich in HEIERs Untersuchung folgende Verteilung:

ungelernte oder angelernte Arbeiter	7,7 %
Facharbeiter	13,9 %
Angestellte	64 %
Beamte	9,2 %
Selbständige	5,3 %

(HEIER 1975,117)

Bei Betrachtung der Intergenerationenmobilität zeigte sich ein - von der erschwerten Bildungssituation her nicht erwarteter -Trend zum sozialen Aufstieg (a.a.O.,118).Legt man die Liste der für Bluter geeigneten Berufe von IZARN (1962) zugrunde,übten ca. 40% der Bluter einen ungeeigneten Beruf aus.Mit ihrer Tätigkeit nicht zufrieden zeigte sich ein Viertel der Befragten,wobei die Arbeitszufriedenheit hauptsächlich vom Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen und dem Ausmaß der empfundenen Belastung durch den Beruf determiniert schien.Im Hinblick auf die Häufigkeit des Berufswechsels stellte HEIER keine signifikanten Unterschiede zur Normalbevölkerung fest.

In der eigenen Untersuchung meinten zwei Drittel der Patienten, mit ihrer momentanen Ausbildung oder Berufstätigkeit zufrieden zu sein,wobei diese Angabe in keinem erkennbaren Zusammenhang damit stand,ob die ausgeübte Tätigkeit dem ursprünglichen Wunsch entsprach.

Zusammenfassung:

Als Gründe für die hohe Arbeitslosenquote bei Hämophilen in den anglo-amerikanischen Ländern werden unzureichende Berufsausbildung,Diskriminierung durch Arbeitgeber und mangelndes Selbstvertrauen angegeben.Die Arbeitslosenquote Hämophiler in der Bundesrepublik Deutschland ist bedeutend niedriger,jedoch üben etwa 40% der Patienten einen für ihre Krankheit ungeeigneten Beruf aus.Trotz der durch die Krankheit erschwerten Bildungssituation zeichnet sich bei den Hämophilen ein Trend zum sozialen Aufstieg ab.

2.4 Freizeitverhalten und Sozialkontakt

Differenziertere Angaben zur Freizeitgestaltung Hämophiler finden sich nur bei wenigen Autoren.Diese versuchen,mit der Frage nach der Art der Freizeitbeschäftigung auch den Umfang der sozialen Kontakte bzw. den Grad der sozialen Integration zu erfassen.
HEIER (1975) stellte fest,daß 35% aller heranwachsenden und erwachsenen Bluter Sport treiben.Nach dem Beginn der Heimselbstbehandlung habe sich etwa die Hälfte der Selbstbehandler erstmals sportlich betätigt und sei zum ersten Mal gereist.Ein Drittel habe erstmals Tanzveranstaltungen oder Parties besucht oder Wanderungen unternommen.Nach STEINHAUSEN (1975) treiben auch 39% der stärker körperbehinderten erwachsenen Hämophilen Sport.Ein relativ hoher Prozentsatz von etwa 40 (für die jugendlichen) bzw. 46 (für die erwachsenen Bluter) gab in seiner Untersuchung lediglich häusliche Beschäftigungen an,"denen das Merkmal des sozialen Kontaktes fehlt"(a.a.O.,103).Dennoch kommt der Autor zu einer positiven Gesamteinschätzung der sozialen Integration seiner Patientengruppen:"Die Mehrheit der Jungen ist an sozialen Kontaktmöglichkeiten interessiert" (a.a.O.,105) und "Die überwiegende Mehrzahl der erwachsenen Hämophilen hat in ihrer Freizeit ausreichenden sozialen Kontakt"(a.a.O.,114).
In der eigenen Untersuchung nannten 23 der 30 Patienten Unternehmungen mit Freunden oder Bekannten als wesentlichen Aspekt ihrer Freizeitgestaltung.Daß auch 25 Patienten sich mit dem Ausmaß ihrer sozialen Kontakte "ziemlich" oder "sehr" zufrieden zeigten, wies darauf hin,daß der Mehrzahl der untersuchten Patienten eine soziale Integration gelungen war,die vor und während der Schulzeit weniger gegeben schien.Die Selbstdarstellung der Patienten ließ jedoch erkennen,daß die nach außen sichtbare Teilnahme am Gemeinschaftsleben -zumindest bei 13 Patienten - mit dem subjektiven Gefühl der Unsicherheit in Form "sozialer Ängste" einherging.
HEIER,der aufgrund seiner großen Stichprobe eine feinere Altersgruppeneinteilung vornehmen konnte,kam zu dem Ergebnis,daß die soziale Integration der Bluter - erfaßt durch die Frage nach einem festen Bekanntenkreis und sozialen Kontakten außerhalb der

Familie - von einem Kulminationspunkt bei den 22-24jährigen parallell zum Alter der Patienten abnimmt (a.a.O.,138).Die heranwachsenden Bluter verfügten zu 92% über "normale" Sozialkontakte; 14% hätten allerdings keine Freunde,mit denen sie ständig zusammen sind.

In bezug auf diese speziellen Eingliederungsindikatoren seien die Unterschiede zwischen Selbstbehandlern und traditionell behandelten jungen Blutern zwar statistisch nicht abzusichern gewesen,jedoch läßt sich nach HEIER festhalten,daß" die Heimselbstbehandlung ...zu einer signifikant stärkeren Ausübung integrationsfördernder Aktivitäten"führt (a.a.O.,145).Dies gelte sowohl für die jugend - lichen als auch für die erwachsenen Hämophilen.

Zusammenfassung:

Das Ausmaß der sozialen Kontakte,das durch die Frage nach freizeitlichen Aktivitäten miterfaßt werden sollte,scheint mit zunehmen - dem Alter der Patienten abzunehmen.

Eine Zunahme integrationsfördernder Freizeitbeschäftigungen läßt sich auf die Heimselbstbehandlung zurückführen.

2.5 Partnerschaft und Familienplanung

Der Komplex Partnerschaft-Ehe-Kinder beinhaltet verschiedene Problemkreise,zu denen sich unterschiedlich viele Untersuchungsergebnisse finden lassen.Studien an einer größeren Anzahl Hämophiler geben Auskunft über demographische Daten wie Familienstand,Heiratsalter,Zahl der Kinder etc.
KATZ (1963),der 1055 16-79jährige Hämophile aus den gesamten USA befragte,stellte eine Ledigenziffer von 51% fest.Etwa 30% der verheirateten Bluter seien kinderlos gewesen.
KASPER und PARTON (1974) untersuchten in Südkalifornien 250 Familien,in denen schwere Hämophilie auftrat.Sie fanden,daß die Heiratsziffer der erwachsenen Hämophilen um 17% unter dem vergleichbaren Bevölkerungsdurchschnitt lag.In den Jahren 1950-1954 habe die Anzahl der Kinder von Hämophilen ein Viertel der bei ihnen zu erwartenden Geburten betragen,für den Zeitraum 1960-1964 lag diese Quote bei 38%. Mütter mit bereits einem hämophilen Kind hätten im Zeitraum von 1940-1954 genauso viele weitere Kinder zur Welt gebracht wie Mütter eines blutgesunden Kindes.Zwischen 1955 und 1968 jedoch sei diese Geburtsrate bei Trägerinnen der Bluterkrankheit schneller gesunken als bei anderen Müttern.Insgesamt lasse sich also eine geringere und trotz der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten stärker abnehmende Tendenz zu eigenen Kindern in Familien mit Hämophilie beobachten.
HEIER (1975) stellte bei den von ihm untersuchten deutschen Hämophilen ein verspätetes Heiratsalter fest.Wie auch bei anderen Indikatoren für soziale Gleichstellung (s.o.) zeigte sich auch hier,daß die Hämophilen über 30 Jahre schlechter gestellt sind: ihre Heiratsquote lag weit unter dem Bevölkerungsdurchschnitt, während die Ledigenziffer der 25-30jährigen eine Annäherung an die Normalquote gezeigt habe.Scheidungen seien nur bei den Hämophilen über 30 Jahre vorgekommen,hier jedoch doppelt so häufig wie bei Nicht-Hämophilen.
Auf eigene Kinder hätten nur 20% aller verheirateten und 29% der noch ledigen Bluter verzichten wollen,um eine Weitervererbung der Krankheit zu vermeiden.Gegen einen legalisierten prophylaktischen Schwangerschaftsabbruch bei weiblichen Foeten sprachen sich 58%

von 3/4 der Befragungsgesamtheit aus.Die Ablehnung wurde von 17% mit dem Glauben an weitere medizinische Fortschritte,von 13% mit der Zufriedenheit am gegenwärtigen Stand der medizinischen Ver - sorgung und von 4% mit dem Hinweis auf eine nur 50%ige Wahrscheinlichkeit,daß die Söhne ihrer Töchter von der Bluterkrankheit betroffen sind,begründet.Zu 22% habe der Ablehnung eine eindeutige Lastabschiebung auf die nächste Generation zugrundegelegen.
In der eigenen Untersuchung (KIPNOWSKI 1977) wollten von den 27 Patienten,die noch keine eigenen Kinder hatten,21 keinesfalls darauf verzichten.Als Gründe für den Wunsch nach eigenen Kindern wurde das Bestreben,"normal" zu sein,am häufigsten genannt.Aber auch Zufriedenheit mit den derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten, Vertrauen in den medizinischen Fortschritt auf dem Gebiet der Hämophilie und der Glaube an Möglichkeiten der Geschlechtsbestim - mung bei der Zeugung spielten als Gründe eine Rolle.Immerhin zeigte sich ein Drittel der Patienten trotz ärztlicher Aufklärung über den Erbgang der Hämophilie falsch informiert.
Aufgrund der Tatsache,daß eine (symptomatische) Therapie der Hämophilie mit ungewöhnlich hohen Kosten verbunden ist - und das wird sich in absehbarer Zeit auch kaum ändern -,tragen die Hämophilen bei der Entscheidung für oder gegen eigene Kinder eine große Verantwortung.
Während beispielsweise in England diese Frage bereits in der Öffentlichkeit diskutiert wurde (DISCOMBE 1971; THE TIMES 1971),ist dieses Thema in der Bundesrepublik Deutschland anscheinend noch stark tabuisiert.Das ist angesichts unserer politischen Vergangenheit sehr verständlich.Es bleibt zu hoffen,daß in dieser Hinsicht eine "Entkrampfung" eintritt und der Weg zu sachlicher Aufklärung und Diskussion frei wird.
Ein weiteres mit diesem Themenkomplex zusammenhängendes Problem betrifft die Sexualität.Wenn sie auch als allgemeines Thema in der Öffentlichkeit weitgehend enttabuisiert ist,heißt dies jedoch nicht,daß über das individuelle Sexualleben mit der gleichen Of - fenheit gesprochen wird.Nur wenige Untersuchungen zur Hämophilie gehen in ihren Ergebnissen über vage Hinweise zu diesem Thema hinaus.
So fand HEIER (1975) die These von WALLIS (1972),daß die psycho -

sexuelle Reife in Form der Aufnahme heterosexueller Kontakte bei Blutern verzögert sei,durch die Tatsache bestätigt,daß 60% der 16-18jährigen und 20% der 18-21jährigen weder eine feste Freun - din noch eine lockere Bindung zum anderen Geschlecht hatten.
In der eigenen Untersuchung äußerten zwei Drittel der Patienten, daß das Thema Sexualität zuhause tabu gewesen sei und keine Aufklärung durch die Eltern stattgefunden habe.25 Patienten gaben an,zumindest vorübergehend eine feste Partnerbindung mit sexuellem Kontakt gehabt zu haben; 22 davon vor dem 20.Lebensjahr.Jedoch reicht die Angabe,ob und wann heterosexuelle Kontakte auf - genommen wurden,m.E. nicht aus,die Frage zu beantworten,ob der Bereich Sexualität und Partnerschaft für Hämophile problemati - scher ist als für gesunde Personen.In der eigenen Untersuchung gab ein Drittel der 30 Patienten an,zumindest zeitweilig im partnerschaftlich-sexuellen Bereich aufgrund ihrer Krankheit Schwierigkeiten gehabt zu haben oder noch darunter zu leiden.Hier do - minierten vor allem Minderwertigkeitsgefühle und die Angst -die z.T. auf entsprechende Erfahrungen zurückging -,von Mädchen we - gen der Körperbehinderung abgelehnt zu werden.
Zusammenfassung:
Die Angaben über Ledigenziffern Hämophiler und Geburtsraten in Familien mit Hämophilie lassen sich aufgrund weit differierender Untersuchungszeitpunkte und staatenspezifischer Statistiken nicht ohne weiteres verallgemeinern.
Die Frage,ob Hämophile eigene Kinder haben sollten,scheint -zu - mindest in der Bundesrepublik Deutschland - noch weitgehend tabuisiert zu sein.Nach den Ergebnissen der einzigen größeren aktuellen deutschen Untersuchung sind ca.70-80% der Bluter nicht bereit,auf eigene Kinder zu verzichten.
Die wenigen Untersuchungen,die auf den psychosexuellen Bereich eingehen,verweisen auf Schwierigkeiten Hämophiler in der Bezie - hung zum anderen Geschlecht.

2.6 Psychosomatischer Aspekt der Hämophilie

Eine Diskussion der Geschichte und Theorienbildung der psychosomatischen Forschung erübrigt sich in diesem Zusammenhang. Andere Autoren informieren in entsprechenden Übersichten ausführlich über den Stand der Forschung (vgl. z.B. BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1973; DELIUS 1975; SCHMIDT und BECKER 1977; v. UEXKÜLL 1979).
Es muß jedoch betont werden, daß "Psychosomatik" hier nicht auf eine partielle oder vollständige Psychogeniehypothese reduziert wird.
Wie an anderer Stelle schon erläutert (KIPNOWSKI und KIPNOWSKI, 1979) , soll "Psychosomatik" als eine komplexe Methode eines praktischen und wissenschaftlichen Vorgehens verstanden werden, bei der der wechselseitige Einfluß psychischer und somatischer Komponenten Beachtung findet (vgl. SCHMIDT und BECKER 1977).
Diese Betrachtungsweise läßt auch die Annahme zu, daß genotypisch geprägte Krankheitsbilder - wie im Falle der Hämophilie - innerhalb gewisser Grenzen phänotypisch modifizierbar sind.
Das kann z.B. bedeuten, daß die Art und Weise, wie Patienten sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen, auf den Krankheitsverlauf zurückwirken kann. In der Regel wird jedoch die psychische Verarbeitung der Krankheit - wenn sie Untersuchungsgegenstand ist - als abhängige Variable des Krankheitsbildes betrachtet, und der "entgegengesetzten" Wirkungsrichtung wird weniger Beachtung geschenkt.
Hauptthematik von Arbeiten zum "psychosomatischen Aspekt" der Hämophilie ist vielmehr die Frage, ob und in welcher Weise Blutungen durch "psychische Einflüsse" ausgelöst, mitbedingt oder auch verhinderbar sind.
Die Hypothese, daß psychische Faktoren einen gewissen modifizierenden Einfluß auf das Krankheitsbild haben könnten, leitet sich einmal aus der Beobachtung ab, daß bei gleichem hämatologischen Schweregrad die Blutungsfrequenzen intra- und interindividuelle Schwankungen zeigen. Traumatisch bedingte Blutungen spielen dabei weniger eine Rolle als sog. "Spontanblutungen", die ohne ersichtlichen Anlaß auftreten
Wesentliche Unterstützung erfuhr die Annahme psychischer Einfluß-

nahme vor allem auch durch Untersuchungen,in denen Hypnose systematisch und erfolgreich zur Stillung kleinererBlutungen - z.B. bei Zahnextraktionen-eingesetzt wurde (LABAW 1970;LUCAS 1970). Diese im Sinne einer psychofunktionellen Steuerung mittels suggestiver Praktiken erkennbare günstige Modifikation der Blutungszeit legt nun eindeutig"psychosomatische" Zusammenhänge nahe. Hinsichtlich der psychophysiologischen Grundlagen sei auf die Ergebnisse von GRACE et al. (1951) und GRAHAM und WOLF (1953) verwiesen.

Die meisten Ergebnisse,die zu diesem Gebiet vorliegen,basieren jedoch nicht auf experimentellen Untersuchungen und therapeutischen Erfahrungen mit suggestiven Praktiken,sondern beziehen sich auf Berichte von Patienten,die bei sich Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren und Blutungen bemerkt haben.Soweit es sich um Hämophile im Kindesalter handelt,werden in der Regel Beobachtungen und Aufzeichnungen von Familienmitgliedern oder Pflegepersonen herangezogen.

Schon 1957 stellte POINSARDdie Frage:" Do emotional factors influence hemorrhagic tendencies in hemophilia?" (a.a.O.,249).Für die Hälfte der 25 Patienten,die POINSARDin psychiatrischen Untersuchungen und gruppentherapeutischen Sitzungen sah,habe diese Frage bejaht werden können.Die Patienten bzw. ihre Bezugspersonen hätten angegeben,daß"emotionaler Streß"wie Angst oder Ärger die Blutungsneigung erhöhe.Alle Patienten hätten auch berichtet, daß Blutungen selbst Angst bei ihnen hervorriefen.POINSARD regte an,der Frage nachzugehen,ob diese -reaktive-Angst dann noch weiter negativ auf die Blutungen wirke im Sinne eines Rückkopplungsmechanismus.Leider wurde diese Anregung meines Wissens später weder von ihm noch von anderen Untersuchern aufgegriffen.

1960 stellten BROWNE et al. in ihrer psychiatrisch orientierten Untersuchung von 28 hämophilen Jungen im Alter von 1-15 Jahren und deren Eltern fest,daß die Mehrzahl der auftretenden Blutungen nicht traumatisch bedingt waren,sondern häufig zusammen mit der Antizipation von Unabhängigkeit oder größeren Aktivitäten auftraten.Die Autoren sind der Ansicht,daß der spezifische Konflikt der Hämophilen zwischen dem Wunsch,aggressiv und aktiv zu sein und der Angst,diesem Bedürfnis nachzugeben,durch "Spontanblutungen"

gelöst werde.Auch einige traumatische Blutungen seien mit ähnlichen emotionalen Faktoren verbunden gewesen und könnten mit einer -möglicherweise bestehenden-Unfallneigung assoziiert werden.

Mehr als die Hälfte der Patienten in AGLEs Studie (1964) berichtete über zahlreiche spontane Blutungen,die einer tatsächlichen oder antizipierten emotionalen Streßsituation folgten.Welche Situationen als "Streß" empfunden wurden,war interindividuell unterschiedlich.

Der Autor fand eine Beziehung zwischen dem klinischen Krankheitsbild und zwei antagonistischen Verhaltensweisen,die er als"passive -dependent-state" und"aggressive independence" bezeichnete (vgl.2.7).Die Entwicklung oder der Wechsel von einem passiv-abhängigen Zustand zu einer selbstsicheren Unabhängigkeit gehe mit einer Verminderung der Blutungsfrequenz einher.

Auch MATTSSON und GROSS (1966) machten diese Beobachtung bei drei ihrer Patienten,die trotz mütterlicher Proteste ihre physischen Aktivitäten verstärkten und dabei weniger Blutungen bekamen als vorher.Jedoch sind diese Autoren,die bei ihren Patienten insgesamt mehr posttraumatische als spontane Blutungen eruierten,in der Interpretation dieser Befunde zurückhaltend,da es schwierig sei festzustellen,ob dieklinische Besserung tatsächlich auf die Verhaltensänderung zurückgeführt werden könne.

Dahingegen kommt LUCAS (1970) aufgrund seiner Erfahrung mit Hypnose als Anästhesie(hilfe) zu dem Schluß,daß ein (hämatologisch) schwerer Bluter ,der emotional stabil und gut "angepaßt"sei,eine geringere Blutungsfrequenz und weniger Hämarthrosen zeige als ein Hämophiler mit (hämatologisch) leichtem Schweregrad.

GARLINGHOUSE und SHARP (1968) untersuchten den Einfluß von "Selbst-konzept" und "familiären Spannungen" auf die Blutungsfrequenz von 18 hämophilen Jungen.Zur Erfassung des Selbstkonzepts wurde der 'COLVIN-Silhoutte-Test' verwandt;die Mütter der Kinder erhielten den 'Schedule of Recent Experience Questionnaire" zur Messung sozialer Spannungs- und Streßzustände und einen 'Bleeding Episodes Record' zur Erfassung von Blutungsereignissen. Die Ergebnisse hätten gezeigt,daß ein positives Selbstbild mit niedrigerer Blutungsfrequenz einhergehe als ein weniger positives

Selbstbild.Dies gelte jedoch nur,wenn die emotionalen Belastungen sich in Grenzen hielten.Bei starkem "Streß" böte auch ein positives Selbstbild keinen "Schutz"mehr vor Spontanblutungen.
MATTSSON und GROSS (1971) untersuchten in einer Langzeitstudie bei 10 jugendlichen Blutern Zusammenhänge zwischen psychischer und physiologischer Anpassung.Zur Erfassung der psychischen Anpassung wurden der 'HOLZMAN-Inkblot-Test' und Verhaltensbeobachtungen durchgeführt; als physiologische Meßgröße verwandten sie den 17-Hydroxycorticosteroid-Spiegel im Urin als Indikator für die Nebennierenaktivität.Die Messungen,die zuhause,im Forschungszentrum und während des Krankenhausaufenthaltes vorgenommen wurden,zeigten höchste 17-OHCS-Werte auf der Krankenstation und niedrigste Werte zuhause.Dabei blieb die Position der einzelnen Patienten in den Rangreihen relativ stabil.Entgegen der Hypothese stellte sich jedoch heraus,daß die psychisch "gut angepaßten" Patienten im Gegensatz zu den weniger gut angepaßten einen hohen 17-OHCS-Spiegel aufwiesen. Die Autoren interpretieren die Ergebnisse dahingehend,daß eine psychische Anpassung im Sinne funktionierender Abwehrmechanismen emotionale Gefühlszustände und- auf der physiologischen Ebene - chronische Erregungszustände nicht ausschließe.
In der Untersuchung von STEINHAUSEN (1975) berichteten zwei Drittel der erwachsenen Hämophilen ,bei sich mehr spontane als traumatisch bedingte Blutungen beobachtet zu haben.Jeder zweite hatte eine erhöhte Blutungsbereitschaft "im Zusammenhang mit Sorgen, Problemen und seelischen Belastungen "bemerkt (a.a.O.,98).
In der eigenen Untersuchung (KIPNOWSKI 1977; KIPNOWSKI und KIP - NOWSKI,im Druck) berichteten alle 30 Patienten über Spontanblutungen; 11 Patienten brachten diese mit "psychischen Faktoren" in einen Zusammenhang.Bei genauerer Betrachtung der von den Patienten geschilderten Situationen zeigte sich,daß insbesondere "freudige Erwartungen" (bevorstehender Urlaub,Feste etc.) von "psychosomatischer Relevanz" waren.Als Erklärung wurde die Möglichkeit diskutiert,ob nicht die früher gemachten Erfahrungen,daß "positive" Aktivitäten (Ausflüge,Feste etc.) meist schmerzhafte Blutungen und mütterliche Vorwürfe nach sich ziehen,auch nach Beseitigung dieser negativen Konsequenzen noch eine Zeitlang "nachwirken",jedoch weniger bewußt erlebt werden.

Zusammenfassend läßt sich festhalten,daß ein potentieller Einfluß "psychischer Faktoren" auf das Blutungsgeschehen bei Hämophilen nicht in Frage steht.
Die Reaktionsmuster der Patienten scheinen jedoch unterschiedlich zu sein.
Dies kann als Unterstützung der Annahme angesehen werden,daß die subjektive Bedeutsamkeit den "Streßcharakter" einer Situation bestimmt.

2.7 Psychopathologische Auffälligkeiten,spezifische Reaktionen und Persönlichkeitsmerkmale hämophiler Patienten

Die meisten Arbeiten zum psychologischen Aspekt der Hämophilie haben komplexe Fragestellungen; es fehlen jedoch in fast keiner dieser Untersuchungen Angaben zu "psychopathologischen Auffälligkieten",spezifischen Reaktionsweisen oder Persönlichkeitsmerkmalen der Patienten.

So stellte POINSARD(1957) bei fast all seinen 25 Patienten zwischen 2 und 38 Jahren entweder "passive Abhängigkeit" oder "aggressives Verhalten" mit ängstlich-angespannten Komponenten fest. Die Einstellung der Patienten zu ihrer Behinderung habe von "Rebellion" bis "Verleugnung" gereicht.Dabei hätten sich die Patienten,die in der Lage waren,sich mit ihrer Krankheit aktiv auseinanderzusetzen,als sozial angepaßter erwiesen als Patienten mit "regressiven" Tendenzen.Auch intellektuelle "Kompensation",die sich in speziellen Hobbies und Tätigkeiten äußerte,habe dazu beigetragen,emotionale Schwierigkeiten zu verringern.

Eine Beziehung zwischen "emotionaler Angepaßtheit" und klinischem Schweregrad habe man nicht finden können.Hinsichtlich des Bereiches der Sexualität habe die Hälfte der Patienten über 11 Jahre Unreife und Kastrationsangst gezeigt,bei 5 Patienten sei latente Homosexualität festgestellt worden.Das Eingehen einer glücklichen Ehe könne sich positiv auf die Frequenz und Schwere von Blutungen auswirken.

AGLE (1964) stellte bei der Hälfte der 16 von ihm -ebenfalls-psychiatrisch untersuchten Patienten "massive Angstzustände" und "wiederkehrende Depressionen" fest.Ein Patient sei manifest homosexuell ,ein Patient sei Alkoholiker gewesen.Neun Patienten hätten ausgeprägtes Risikoverhalten gezeigt,das AGLE - in Anlehnung an FENICHEL (1939) als kompensatorische neurotische Reaktion auf einen überbehütenden mütterlichen Erziehungsstil interpretierte.

Bei zwei Patienten beobachtet AGLE die Entwickung eines "passive-dependent-state".

Diese zwei Arten "pathologischer"Reaktionsweisen sahen auch MATTSSON und GROSS (1966) bei den "poor adapted" hämophilen Jungen,die jedoch weniger als ein Viertel der Gesamtgruppe ausmachten.Die

übrigen 27 Patienten dagegen hätten keine psychischen Auffälligkeiten gezeigt.
BAHNSON et al. (1966) fanden bei allen 8 hämophilen Patienten im späten Kindesalter schwere Ich-Defekte in Form mangelnder Impulskontrolle und Unfähigkeit,Grenzen und Beschränkungen zu akzeptieren.Auch die Patientengruppe,die sich im Pubertäts- bzw.Adoleszenzalter befand,habe psychopathologische Auffälligkeiten gezeigt,die sich in Schwierigkeiten der Selbstdefinition und Identifikation mit ihrer Geschlechterrolle äußerten.Die bereits bei den jüngeren Patienten festgestellten Tendenzen zu homosexuellen Gefühlen und "psychopathischen" Zügen fanden die Autoren bei den 8 erwachsenen Hämophilen in ausgeprägter Form wieder und diagnostizierten hier - neben geringer Frustrationstoleranz und Unzuverlässigkeit - auch Alkohol- und Schmerzmittelabusus.
BRONKS und BLACKBURN (1968) befragten eine größere Anzahl von Hämophilen zu sozialen,psychologischen und psychiatrischen Aspekten der Hämophilie.Unter den 135 Patienten,die auf die schriftliche Befragung reagierten,gaben 6 an,sie befänden sich z.Zt.in psychiatrischer Therapie oder seien früher psychiatrisch behandelt worden.Unter den angegebenen Diagnosen waren 4mal Psychosen,eine Angstneurose und 1mal Drogenabusus.
KATZ (1970) stufte die freiwilligen Äußerungen von 303 Hämophiliepatienten über ihre Einstellung zur Krankheit bzw. zu sich selbst auf einer Skala ein,die von Punkt 1 (keine Probleme mit der Krankheit) bis Punkt 9 (kann kein normales Leben führen,Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit) reichte.75% der Äußerungen hätten eine eher positive Einstellung (Kategorie 1-7) widergespiegelt.
BRUHN et al. (1970) untersuchten 36 Hämophile über 12 Jahre mit der I-E-Skala von ROTTER,dem MPI,der Adjective-Check-List und dem ELIAS Family-Adjustment-Test.Während hinsichtlich "Exraversion" und "Personal Adjustment" keine Auffälligkeiten feststellbar gewesen seien,habe die Gesamtgruppe ihre Familienbeziehungen als "cool and questioning" empfunden.und gegenüber der Norm einen signifikant erhöhten Neurotizismuswert (more neurotic!) gezeigt.Während die Gesamtgruppe als internal kontrolliert bezeichnet werden konnte,habe sich die Gruppe mit mittelschwerer Behinderung als mehr external kontrolliert erwiesen.Darüberhinaus sei sie weniger extra-

vertiert gewesen und habe sich "heimatlos" gefühlt.Daher sei die Prognose hinsichtlich der sozialen Anpassung bei dieser Gruppe schlechter als bei den Patienten mit leichter und schwerer Behinderung,die einander am ähnlichsten gewesen seien.
Dahingegen zeigten die von JACOBS und LOHMANN (1971) untersuchten 42 hämophilen Patienten im MPI eine geringe Introversion,jedoch keinen signifikant erhöhten Neurotizismuswert.Die Werte im Life-Satisfaction-Index (NEUGARTEN,WIENDICK) hätten sich nicht von denen gesunder Studenten unterschieden,und auch das MMPI-Profil habe - bis auf geringfügige Abweichungen in der Hd-Skala - im Normbereich gelegen.In den projektiven Verfahren (TAT ,ZULLIGER; "Bilder aus dem Unbewußten"nach JUNG) habe man jedoch "deutliche Hinweise auf die Lebens- und Existenzproblematik der Hämophilen und ihre krankheitsbedingten und -bezogenen Komplexe (Einengung,Isolierung,Außenseiterstellung,ambivalent erlebte Abhängigkeit vom Arzt und vom Fortschritt der Medizin,Organminderwertigkeit infolge sekundärer Arthropathien,schicksalsträchtige unheilvolle Rätselhaftigkeit der Krankheit u.a.)" gefunden (LOHMANN 1972,456).
SALK et al.(1972) werteten die frei formulierten Antworten von 26 Hämophiliepatienten auf die schriftlich gestellte Frage nach ihren Gefühlen gegenüber der Krankheit aus.Die Autoren fanden zu 65% eine akzeptierende Haltung,bei19% habe eine ängstliche,beunruhigte Einstellung vorgeherrscht, bei 8% der Patienten sei eine Verleugnung der Krankheit festzustellen gewesen,und 4% hätten den Wunsch geäußert,mehr über ihre Krankheit zu erfahren.
ALLAIN (1975) untersuchte 32 6-9jährige und 33 12-17jährige hämophile Patienten mit Hilfe psychiatrischer Interviews , RORSCHACH und TAT.Er stellte fest,daß je ein Drittel der beiden Altersgruppen psychisch gestört war; die 4 Patienten mit "präpsychotischer Struktur" und sechs Patienten mit "schwerer Neurose" hätten jedoch nur zur jüngeren Gruppe gehört.Die 20 Patienten mit leichteren Störungen zeigten nach ALLAIN "unangepaßtes Verhalten und/oder schwache Schulleistungen"(a.a.O.,230).
STEINHAUSEN (1975) stellte bei einem Vergleich der Skalenwerte im FPI von 50 erwachsenen Hämophilen mit dem Durchschnittssalter von 24 Jahren undeiner bezüglich Anzahl,Alter und sozioökonomischem

Status entsprechenden Kontrollgruppe Gesunder "identische Persönlichkeitsstrukturen" fest (a.a.O.,183).Bei Berücksichtigung des Grades der Körperbehinderung habe sich jedoch gezeigt,daß "Erwachsene Hämophile mit stärkerer Körperbehinderung...gegenüber Hämophilen mit leichterer Körperbehinderung höhere Scores in den Persönlichkeitsmerkmalen Nervösität,Gehemmtheit und der Tendenz nach auch im Merkmal der Depressivität (haben),während die Scores für Maskulinität..vergleichsweise niedriger sind"(a.a.O.,169). Auch bei einem Vergleich von 50 hämophilen und 50 gesunden Jungen hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale Extraversion und Neurotizismus (HANES) und Aggressivität (Aggressionsskala des Kinderfragebogens von WAGNER) stellte STEINHAUSEN keine bedeutsamen Unterschiede fest.

Die Reihe der Untersuchungen zu diesem Thema ließe sich fortsetzen,selbst wenn man von Arbeiten absieht,die sich als Übersichtsartikel verstehen (INGRAM 1965; FAJARDO 1973;KOEPPEN 1975; JÄGER 1978),psychotherapeutische Vorschläge machen bzw. entsprechende Erfahrungen mitteilen (AGLE und MATTSSON 1970; CALDWELL et al. 1974) oder die sich vorwiegend auf die Darstellung von Einzelfällen konzentrieren (SPENCER und BEHAR 1969;KOS-ROBES und ZAPOTOCZKY 1971; SPENCER 1972; SOUTHGATE 1974).

Jedoch geht auch aus den skizzierten Untersuchungen hervor,daß die Ergebnisse von der theoretischen Ausrichtung der Untersucher, ihrer Methode,ihren Klassifiaktionskriterien und der Anzahl und Zusammensetzung ihrer Patientengruppe nicht unabhängig sind. Während psychiatrisch-psychoanalytisch ausgerichtete Untersucher (POINSARD,AGLE,BAHNSON et al.,ALLAIN) bei ihren hämophilen Patienten überwiegend psychische Störungen oder psychopathologische Auffälligkeiten - z.T. schwerwiegender Natur - diagnostizierten, stellten Untersucher,die psychometrische Verfahren verwandten,keine oder nur geringe Auffälligkeiten fest (BRUHN et al.,STEINHAUSEN);letzteres gilt auch für Untersucher,die Patienten schriftlich befragten (KATZ,SALK et al.).

Bemerkenswert ist auch,daß in den meisten Untersuchungen -vor allem in den psychiatrisch orientierten - das Alter der Patienten weit streut.Hinsichtlich des klinischen Schweregrades - falls darauf eingegangen wird - finden sich Patienten mit Faktor VIII-,IX-

und XI-Mangel und mit Restaktivitäten,die von 0%-40% reichen. Wenn Patienten in die Untersuchungen einbezogen werden,die sich in anderen als den abhängigen Variablen so wesentlich unterscheiden,erhöht sich natürlich die Fehlervarianz erheblich.
Verstehbar ist diese Vorgehensweise aus der Schwierigkeit,genügend hämophile Patienten für eine Untersuchung zu bekommen.Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist jedoch nicht mehr gegeben.

3 Untersuchungsansätze zu "Verarbeitungsmechanismen"

Bisher vorliegende Ansätze zur Erfassung von "Verarbeitungsmechanismen" oder "-formen" lassen sich hinsichtlich ihrer theoretischen Konzepte und/oder Methoden,auf denen sie basieren,unterscheiden.

BARKER (1953) referiert eine Vielzahl von Untersuchungen zum "somato-psychischen Problem der Körperbehinderung" (Übers.v.Verf.), die auf Persönlichkeitsfragebögen basieren.Aufgrund der mangelnden Evidenz der Ergebnisse folgert BARKER :"Present-day tests of the inventory variety are not suited to this problem" (a.a.O.,74).

Auch neuere Untersuchungen bei primär körperlich Kranken mittels Persönlichkeitsfragebögen führen selten zu der Feststellung eines "krankheitsspezifischen" Persönlichkeitsprofils.In der Regel werden nur geringe statistische Abweichungen von der "Norm" eruiert (LOHMANN 1972; STEINHAUSEN 1975; JANSEN 1976; STEINHAUSEN und WEFERS 1977 u.a.).

Wegen der durch die Standardisierung gewährleisteten Auswertungsobjektivität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse werden Persönlichkeitsfragebögen von psychologischen Untersuchern bevorzugt. Neben den ihnen anhaftenden mehr oder weniger schwerwiegenden methodischen Mängeln jedoch (vgl. ANGLEITNER 1976) erweisen sich Persönlichkeitsfragebögen häufig als zu grobe Raster.Die ihnen zugrundeliegenden Konstrukte sind oft sehr abstrakt,schwierig zu interpretieren und in der Gefahr,mißgedeutet oder überstrapaziert zu werden (z.B. 'Neurotizismus','Premsia','Parmia' etc.).

Es entsteht der Eindruck,daß statistisch auffällig ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale je nach Untersuchungsgruppe unterschiedlich gedeutet werden. So weisen sie bei"psychosomatisch" Kranken auf eine entsprechende"Primärpersönlichkeit" hin (vgl. BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1973),während entsprechende Abweichungen bei primär körperlich Kranken als "Folge" der Krankheit betrachtet werden.

Statistisch auffällige Abweichungen vom Mittelwert der Norm-oder Vergleichsgruppe in bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen dienen dann zuweilen explizit oder implizit als Indikatoren für eine nicht gelungene Verarbeitung der Krankheit (BRUHN et al. 1972) bzw. nicht-auffällige Abweichungen weisen auf eine gelungene An-

passung hin (BRUHN et al. 1971; STEINHAUSEN und WEFERS 1977). Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeitskonzepten wie'Locus of Control' (ROTTER 1966),'Repressor -Sentiziser' (BYRNE 1964),'Field - Dependence - Independence' (WITKIN et al. 1954) etc. und Verarbeitungsmechanismen werden ebenfalls Persönlichkeitsfragebögen und einzelne - skalen eingesetzt (NADITCH et al. 1975).Weniger häufig verwandt werden projektive Verfahren (vgl. HOLZMAN und GARDNER 1959),da ihre Standardisierung Schwierigkeiten bereitet.Sie dienen in der Regel nur als Zusatzinstrument zur Absicherung anderer Befunde.

Wie oben bereits erwähnt,haben sich insbesondere Psychiater und Psychoanalytiker mit dem Problem der Krankheitsverarbeitung - zumindest,was die Hämophilie anbelangt, - beschäftigt.Hinsichtlich der von ihnen verwendeten Methode dominiert das Interview bzw. die Exploration,die je nach Untersucher,Patient und Untersuchungsziel mehr oder weniger strukturiert ist.

Die mitgeteilten Untersuchungsergebnisse basieren auf unterschiedlich häufigen Kontakten mit den Patienten; z.T. handelt es sich um Erfahrungen aus therapeutischen Sitzungen,die sich über Jahre erstrecken.Die Größe der Stichproben ist daher begrenzt und reicht von Einzelfallstudien bis zu maximal 40 Patienten,die im Alter meistens weit streuen.

Ein potentieller Vorteil dieser Untersuchungen liegt zweifellos in der Anschaulichkeit und Differenziertheit der Ergebnisse,die auf einer guten Kenntnis der Patienten beruhen.Außerdem können eventuelle Verhaltensänderungen oder Entwicklungsverläufe bei Patienten beobachtet und wiedergegeben werden.

Sehr anfällig sind diese Untersuchungen jedoch für vorschnelle Verallgemeinerungen.Da die Auswertung der Interviews in der Regel intuitiv geschieht oder zumindest nicht expliziert wird,ist die Subjektivität des Untersuchers bzw. Auswerters ohne Korrek - tiv.

Es ist weiterhin festzustellen,daß es sich bei den von Psychiatern und Psychoanalytikern diagnostizierten Verarbeitungsformen häufig um psychopathologische Auffälligkeiten handelt (vgl. 2.7). Zum einen kann das daran liegen,daß Patienten,die Psychiatern oder Psychoanalytikern vorgestellt werden oder diese aufsuchen,

tatsächlich überdurchschnittlich häufig auffällige Verhaltensweisen zeigen.
Zum anderen jedoch - und das scheint mir wesentlich - ist das psychiatrische Klassifikationssystem primär auf die Feststellung psychopathologischer Auffälligkeiten ausgerichtet.Dies gilt auch für die Neurosenpsychopathologie tiefenpsychologischer Schulen. Die Differenzierung im psychopathologischen Bereich ist relativ gut ,während psychisch "gesunde" Reaktionsweisen negativ durch die Abwesenheit oder minimale Ausprägung psychopathologischer Phänomene definiert werden.Es muß daher bezweifelt werden,ob das psychiatrische Klassifikationssystem und die Neurosenpsychopathologie tiefenpsychologischer Schulen geeignet sind,ein größeres Spektrum von Verarbeitungsformen zu erfassen.Die geäußerten Bedenken gelten vor allem für nicht-extreme Gruppen und nicht-extreme Verhaltensweisen,die in psychopathologischen Termini nur unzureichend beschrieben werden können.
Der mit der Aufgabe der Psychiatrie zusammenhängende "Mangel" an Termini für "angepaßte" Verhaltensweisen findet sich jedoch auch in den Untersuchungsergebnissen psychologischer Untersucher. BARKER (1953) kommentiert seinen Überblick über Untersuchungen zum somato-psychischen Aspekt der Körperbehinderung wie folgt: "Maladjustment appears in manifold forms... Good adjustment,when mentioned,is not often described in detail..." (a.a.O.,73).Die drei Formen "gelungener Anpassung",die er fand,waren "Kompensation","Ersatzhandlungen" und "Ignorieren der Behinderung",Verhaltensweisen,die sicherlich nicht jeder Untersucher als "gesund" oder "angepaßt" bezeichnen würde.Auf das hier auftauchende Problem der Norm und Wertung jedoch wird an anderen Stellen noch einzugehen sein.
Der Verdacht liegt nahe,daß der Mangel an "positiven" Verarbeitungsformen in den Untersuchungsergebnissen psychologisch,psychiatrisch oder psychoanalytisch ausgerichteter Forscher nicht die tatsächliche Situation der Patienten widerspiegelt.Vielmehr scheint eine Beziehung zwischen "Kodierbarkeit" und "Verfügbarkeit" auf Seiten der Untersucher zu bestehen (BROWNE und LENNEBERG 1954; GLANZER 1962; u.a.): eine wahrnehmungsmäßige Differenzierung und kognitive Identifizierung von Phänomenen (hier:

"adäquate" Verarbeitungsformen) wird erschwert,wenn entsprechende Benennungen oder Bezeichnungen für diese Phänomene nicht verfügbar sind.

Aus dem bisher Gesagten lassen sich bereits Forderungen an Untersuchungen zu Verarbeitungsformen ableiten:

Wenn nicht nur der Ausschluß psychopathologischer Auffälligkeiten intendiert ist - und der Anspruch der meisten Arbeiten, auch der vorliegenden, geht über dieses Ziel hinaus - sollten auch Klassifikationsmöglichkeiten (Kategorien) bereitgestellt werden,die eine Differenzierung im nicht-pathologischen Bereich ermöglichen.

Zudem erscheint es notwendig,die verwendete Methodik abzuleiten und zu explizieren ; wünschenswert wäre auch die Einordnung des Vorgehens in einen theoretischen Rahmen oder ein Konzept.

Drei Untersuchungsansätze,die m.E. diesem Anspruch gerecht wer - den,sollen im folgenden skizziert werden: es sind die Konzepte von R.S.LAZARUS,N.HAAN und H.THOMAE.Da eine ausführliche Darstellung dieser komplexen Ansätze im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich ist,beschränke ich mich auf eine Wiedergabe der für diese Untersuchung und das Verständnis der Ansätze relevant er - scheinenden Aspekte.Dabei wird der klassifikatorische gegenüber dem inhaltlichen Anteil betont.Dies bedeutet einmal,daß Untersuchungen,die sich auf die empirische Überprüfung oder Anwendung der von den Autoren erarbeiteten Konzepte beziehen,weitgehend unberücksichtigt bleiben.

Zum anderen wird auf die Wiedergabe der Abwägeprozesse und subtileren Abgrenzungen,die die Autoren vornehmen,an dieser Stelle verzichtet.Auf differenziertere Erläuterungen wird bei der Definition der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Kategorien noch einmal zurückgegriffen werden.

3.1 Das Konzept von R.S.LAZARUS

3.1.1 Der "Copingprozeß"als abhängige Variable von Situations- und Persönlichkeitsparametern

Die bisher vorläufig als "Bewältigungsmechanismen" oder "-formen" bezeichneten Bemühungen eines Individuums,sich mit einer (fordernden) Situation auseinanderzusetzen,faßt LAZARUS unter des Begriff "Coping".Eingebettet in eine psychologische Theorie vom "Streß" wurde "Coping" anfangs nur auf potentiell bedrohliche Situationen (threat) bezogen (vgl. LAZARUS 1966).Später dehnte LAZARUS den Begriff auch auf andere Situationen aus,soweit sie vom Individuum als "wichtig" betrachtet werden:"We regard coping as problem - solving efforts made by an individual when the demands he faces are highly relevant to his welfare (that is,a situation of considerable jeopardy or promise),and when these demands tax his adaptive resources" (LAZARUS et al. 1974,250f).Coping ist nach LAZARUS und Mitarbeitern als ein Prozeß zu betrachten,der aus mindestens zwei Phasen besteht.
Im "Primary Appraisal" schätzt das Individuum eine Situation als bedrohlich,positiv oder irrelevant ein."Secondary Appraisal" beinhaltet das Abschätzen möglicher Reaktionsalternativen und ihrer Konsequenzen.Es kann sich eine dritte Phase anschließen,in der das Individuum die Situation neu beurteilt ("Reappraisal"): aufgrund anderer Informationen oder geänderter Sachlage wird eine ursprünglich bedohliche Situation nunmehr als positiv oder irrelevant eingestuft oder vice versa.
"Primary" und "Secondary Appraisal" treten nach LAZARUS jedoch nicht zeitlich streng getrennt auf sondern können sich gegenseitig beeinflussen: wie in einem Rückkopplungsprozeß wirkt die Beurteilung der Handlungskonsequenzen zurück auf die Beurteilung der Situation und umgekehrt.
Die primäre Feststellung,daß eine Situation bedrohlich bzw. relevant für das Individuum ist,gilt jedoch als eine notwendige Voraussetzung für eine wirksame zweite Phase mit "Mobilisierungswert".
LAZARUS und Mitarbeiter betrachten den Copingprozeß nicht als ein - auf einen Auslösereiz hin - stereotyp ablaufendes Geschehen,son-

dern hypostasieren ein komplexes Modell mit zahlreichen interagierenden Variablen.Wenn auch eine gesonderte Betrachtung von Einzelvariablen die Komplexität des Vorgangs nicht adäquat beschreibt, ist es zum Verständnis doch notwendig,die Einzelvariablen selektiv zu skizzieren.

Als wichtigste Faktoren ,die auf den Copingprozeß wirken,gelten neben ökologischen Variablen,auf die hier nicht eingegangen wird, vor allem Merkmale des Stimulus bzw. der Auslösesituation und Merkmale des Individuums:

"Viewed from our theoretical model...situational and personality variables are the antecedent conditions or predeterminants of coping responses" (LAZARUS et al.1974,780).

Stimuli,die Einfluß auf die Copingmechanismen haben,lassen sich nach LAZARUS und Mitarbeitern hinsichtlich ihrer äußeren Attribute (extrinsic stimulus properties) und inneren Attribute (intrinsic stimulus properties) unterscheiden.Zu den äußeren Stiumulusmerkmalen zählen z.B. Intensität (MENNINGER 1954),Neuheitswert (HEBB 1946; BERLYNE 1960),zeitliche Nähe (NOMIKOS et al.1968),Ambiguität (MONAT,unveröfftl.) und Unausweichlichkeit.

So sollen intensive,belastende Stimuli eher"primitive"bzw. inadäquate Copingformen provozieren (→ ego-failure,HAAN).Als mögliche Erklärung hierfür wird postuliert,daß Streßreaktionen wie Angst das Wahrnehmungsfeld einengen und die kognitiven Funktionen stören. In Situationen existentieller Bedrohung sei das Individuum auch bereit,wichtige andere Werte aufs Spiel zu setzen,um zu überleben.Ob "primitive" Reaktionen bei intensiver Stimulierung jedoch tatsächlich auftreten,hänge auch wesentlich von den dem Individuum zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ab ("Ich-Stärke") (vgl. LAZARUS 1966,162ff).

Bedrohungen,denen das Individuum nicht ausweichen kann -wie z.B. Krankheiten mit infauster Prognose - würden häufig mit'Abwehrmechanismen'wie'Verleugung' beantwortet (LAZARUS et al.1974,290).

Innere Reizattribute,die Coping beeinflussen,sind nach LAZARUS und Mitarbeitern Merkmale von Stimuli,die wie Signale relativ generalisiert bestimmte Reaktionen bei Individuen auslösen.Menschen verschiedenen Alters und verschiedener Kulturen antworteten auf solche Stimuli bevorzugt mit Angst und Vermeidung.Daher wird ver-

mutet,daß diesen Attributen in der Evolution eine lebenswichtige Rolle zukam,zumal sich die Adaptation an diese Reizattribute anscheinend nur langsam vollzieht (vgl.AAS 1958:Beschneidungsfilm). Merkmale,die hierzu gezählt werden,sind Größe,Dunkelheit,Verstümmelung,Blut etc.

Den extrinsischen und intrinsischen Stimulusattributen fügen LAZARUS und Mitarbeiter noch eine weitere Gruppe hinzu,die "response-determined stimulus properties".

Wegen ihrer bisherigen Vernachlässigung in der Forschung seien sie schwierig zu definieren.Der Grundgedanke fände sich jedoch schon bei DEWEY (1896),der feststellte,daß der Reiz ebenso von der Reaktion abhänge wie die Reaktion vom Reiz bestimmt werde.Es handelt sich i.w. um den oben skizzierten Prozeß des 'Secondary Appraisal': das Individuum "wägt" die Reaktionsmöglichkeiten "ab" und kann durch diese Einschätzung die(perzipierten)Attribute von Stimuli modifizieren.

Stimuluseigenschaften werden somit nicht als vom Individuum unabhängige,die Realität widerspiegelnde Größen angesehen.

Bei der Untersuchung von persönlichkeitsspezifischen Variablen, die Einfluß auf Copingformen haben,wird nach Meinung von LAZARUS und Mitarbeitern oft nicht die notwendige Unterscheidung zwischen aktueller Reaktion (episode) und'Disposition'gemacht.

Die Konzeptualisierung von Dispositionen (wie Angst,Aggressivität etc.) in Trieb- oder Energiemodellen (FREUD 1926,1936;SPENCE 1958) lehnen LAZARUS und Mitarbeiter ab,da sich das Triebmodell zur Erklärung von Coping und Emotionen nicht eigne (LAZARUS 1968).Stattdessen wird Disposition in Anlehnung an COFER und APPLEY (1964) definiert als "..differing threshholds of activation for specific coping episodes" (LAZARUS et al. 1974,294).

Eine Klassifikationsmöglichkeit von Dispositionen bietet nach LAZARUS et al. die Einteilung in reaktionsspezifische Dispositionen (response-oriented dispositions),stimulusspezifische Dispositio - nen (stimulus-oriented dispositions) und theoretisch orientierte Dispositionen (theoretically oriented dispositions).

Unter reaktionsspezifischen Dispositionen ist die Bevorzugung bestimmter Copingformen über verschiedene Situationen hinweg zu verstehen,das heißt,daß (relativ) unabhängig von der Auslösesituati-

on eine bestimmte Form des 'Secondary Appraisal' dominiert.Dieser auch als "individual response specifity" zu bezeichnende Typus von Persönlichkeitsdisposition wird in der Persönlichkeitspsychologie und -diagnostik am häufigsten untersucht.
Gegenüber der reaktionsspezifischen Disposition variieren die eingesetzten Copingformen bei den stimulusorientierten Dispositionen in Abhängigkeit von wechselnden Eigenschaften des Reizes bzw. der Auslösesituation.Der einfachste Fall wäre die Verbindung eines bestimmten Reizes mit einer bestimmten Reaktion (S= Vater ⟶ Reaktion:Angst).Eine Differenzierung kann durch Reizgeneralisierung (S= Autoritätspersonen ⟶ Reaktion:Angst) und/oder durch Assoziation der Reaktion mit anderen Verhaltensweisen erfolgen.
Die diesen Aspekt betreffenden Untersuchungen beinhalten so unterschiedliche Konzepte wie "Einstellung","Motivation","Werte","Gefühl" etc. Die unter "stimulusspezifische Dispositionen" subsumierbaren entsprechenden Untersuchungsansätze haben in der Regel jedoch primär andere (praktischere) Zielsetzungen als die Systematisierung reizorientierter Dispositionen.
Während es sich bei den reaktions- und reizspezifischen Dispositionen um phänotypische Klassifikationen handelt,bezeichnet der Begriff "theoretisch orientierte Disposition" eine theoretisch - methodische Ausrichtung.LAZARUS et al. (1974) fassen darunter solche Modelle bzw. Untersuchungen,die Copingformen auf zugrundeliegende Mechanismen zurückführen.
Hierzu gehört z.B. die von WITKIN et al. (1954) postulierte Dimension "Feldabhängigkeit-Unabhängigkeit".Bezogen auf Copingformen sollen feldabhängige Personen "globale" Abwehrmechanismen wie "Repression" und "Verleugnung" bevorzugen,während "Feldunabhängige" eher andere Abwehrformen -z.B. "Intellektualisierung" zeigen (SCHIMEK 1968).Weitere in diesem Zusammenhang zu nennende Dimensionen,auf deren Darstellung aber verzichtet werden soll,sind z.B. "Leveling-Sharpening" (GARDNER und HOLZMAN 1959) und "Ego-Closeness-Ego-Distance" (VOTH et al.1968).

3.1.2 Klassifikation von "Coping"

Die von LAZARUS und Mitarbeitern erarbeitete Klassifikation von Coping unfaßt folgende Aspekte:
Zeit (Temporal Orientation),
Richtung (Instrumental Focus),
Funktion (Function) und
Formen (Coping Modes) (vgl. LAZARUS und LAUNIER,im Druck).
Als Grund für die Einteilung der Zeitperspektive in "Zukunft"und "Vergangenheit-Gegenwart" führen LAZARUS und LAUNIER an,daß die Verarbeitung vergangener und gegenwärtiger Situationen (harm-loss) andere Überlegungen und Aktionen notwendig mache als die Auseinandersetzung mit zu erwartenden Situationen (threat,challenge). Zurückliegende Situationen erfordern nach LAZARUS und LAUNIER Auseinandersetzungen wie "overcoming","tolerating","making restitution","reinterpreting past in present" (a.a.O.,67).Anforderungen, die in der Zukunft liegen,könnten Bemühungen um die Aufrechterhaltung des status quo (maintenance) oder Prävention (vgl. THOMAE: antizipatorische Regulation) provozieren,wenn es sich um potentiell bedrohliche Situationen handele (threat).
In der Zukunft liegende Anforderungen müssen jedoch nicht bedrohlichen Charakter haben,sondern können durchaus "entwicklungsförd ernd" wirken (z.B. die Ablösung von einer überbehütenden Mutter). Der "thematische Charakter" dieser Form der Auseinandersetzung ließe sich als "growth-oriented" umschreiben.
In bezug auf die Richtung der Auseinandersetzung unterscheiden LAZARUS und LAUNIER zwischen Bemühungen,die mehr auf die Änderung der Umwelt abzielen (environment),und solchen,die mehr auf die Änderung eigener Verhaltensweisen oder Merkmale ausgerichtet sind (self).Diese Unterscheidung lehnt sich an PIAGETs Unterscheidung zwischen Assimilation und Akkomodation an (vgl. THOMAE: autoplastische Anpassung vs. Leistung).
Ein wichtiger weiterer Aspekt ist nach LAZARUS und LAUNIER die Frage,ob Coping eher die Funktion hat,die belastende Beziehung zwischen Person und Umgebung zu lösen (instrumental),oder eher auf die Regulierung von Emotionen abzielt (palliativ).
LAZARUS ersetzt später jedoch den Begriff "instrumental" durch

"problemzentriert"(problem-centered) und "palliativ" durch "emotionszentriert" (emotion-centered) und betont,daß beide Strategien nicht zwangsläufig "erfolgreich" sein müssen (z.B.problemzentriert:Michael-Kohlhaas-Verhalten; emotionszentriert:ständige Selbstvorwürfe).
(vgl.LAZARUS 1978).
Schließlich unterscheiden LAZARUS und Mitarbeiter vier Formen von Coping (LAZARUS et al.1974; LAZARUS und LAUNIER,im Druck; LAZARUS 1978):
Informationssuche (information seeking),
direkte Aktion (direct action),
Aktionshemmung (inhibition of action) und
intrapsychische Verarbeitung (intrapsychic).
Wie Tab.1 zeigt,können diese Copingformen sowohl zukunfts- wie gegenwarts- bzw. vergangenheitsorientiert sein,sich nach außen und nach innen richten,sowohl problem - wie emotionszentriert sein und auch auf jede Art von Auseinandersetzung fordernde Situation passen.
Konkret kann Informationssuche verschiedene Funktionen haben: sie kann dazu dienen,die Wissensgrundlage für eine anstehende Entscheidung zu schaffen oder die Situation neu einzuschätzen (reappraisal).Zur Erleichterung der emotionalen Lage kann es notwendig sein,negative Informationen zu ignorieren oder Ambiguität zu ertragen (z.B. angesichts einer unheilbaren Krankheit).Informationssuche beinhaltet also nicht unbedingt Realitätstestung.
Unter "direkte Aktion" faßt LAZARUS "Anything one does (except cognitively) to handle stressful transactions.."(1978,37).Dazu gehören z.B. der Ausdruck von Ärger oder Wut,Flucht,Suizid,Einnahme von Medikamenten,Vorsorgemaßnahmen etc.
Die Berücksichtigung der Copingklasse "Aktionshemmung" begründet LAZARUS damit,daß "effektive" Verarbeitung häufig eher Handlungsaufschub als direkte Aktion fordere,um nicht andere Werte zu gefährden.So kann es im Zustand ärgerlicher Erregung sinnvoller sein,den Impuls zur Handlung zu kontrollieren,um sich nicht selbst physisch zu gefährden oder soziale Sanktionen in Kauf nehmen zu müssen.
Unter "intrapsychische Verarbeitung" faßt LAZARUS "All the cog -

nitive processes designed to regulate emotion,in effect,the things a person says to himself or herself..."(LAZARUS 1978,38). Dazu gehören "Abwehrmechanismen" wie "Verleugnung","Reaktions - bildung","Projektion","Vermeidung","Isolierung","Passivität", "Intellektualisierung" etc.
Diese Copingformen haben vorwiegend die Funktion,die emotionale Lage zu verbessern,können jedoch auch wie die anderen Copingformen auf die Vergangenheit (Reinterpretation eines Traumas), auf die Zukunft-Gegenwart (Verleugnung einer Gefahr),auf die eigene Person ("ich bin o.k.") oder die Umgebung ("dieses Symptom ist ungefährlich") gerichtet sein.

Tab. 1: "Coping" - Klassifikationsschema (nach LAZARUS und LAUNIER, im Druck)

Zeitliche Orientierung :	Vergangenheit-Gegenwart	Zukunft
Innen (Selbst) ↑ Beeinflussungsrichtung	*1{a b c d} 2{a b c d}	1{a b c d} 2{a b c d}
↓ Außen (Umwelt)	1{a b c d} 2{a b c d}	1{a b c d} 2{a b c d}
Appraisal:	Kummer, Leid	Bedrohung, Herausforderung (Anforderung)
Thematischer Charakter:	"darüber hinwegkommen", tolerieren, wiedergutmachen, Umdeutung d. Situation aus heutiger Sicht	Aufrechterhaltung des status quo, Vorsorgemaßnahmen, Entwicklungsprozesse
Funktion:	1. Änderung der gestörten, belastenden Person-Umwelt-Beziehung 2. Regulation der Emotion	
Copingformen:	a) Informationssuche b) Direkte Aktion c) Aktionshemmung d) Intrapsychische Verarbeitung	

*1 und 2 bezeichnen die Funktionen (s.o.), für a bis c sind die Copingformen einzusetzen (s.o.).

3.1.3 Erfassung von Copingformen und ihrer Effektivität

Die in früheren Arbeiten aufgestellte Forderung,bei der Erfassung von "Coping" die physiologische,psychologische und soziale Ebene gleichermaßen zu berücksichtigen,wird auch in späteren Veröffentlichungen aufrechterhalten (LAZARUS 1966; LAZARUS et al. 1974; LAZARUS und COHEN 1976; LAZARUS und LAUNIER,im Druck; LAZARUS 1978).

Es läßt sich jedoch eine zunehmende Bevorzugung der "klinischen" gegenüber der experimentellen Methode bemerken.Da man kaum wisse, welche Copingformen von Menschen eingesetzt werden und wie diese konkret aussehen,ist es nach LAZARUS die vordringliche Aufgabe zu erkunden,wie Individuen an Probleme herangehen,wobei es wichtig sei,sich nicht auf die Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten und Reaktionen auf Extrembelastungen zu beschränken:

"...the greatest need is for naturalistic research on stress and coping.Such research,however,should not be limited to the clinical context of psychopathology and treatment,but should seek knowledge about the day-today stresses as well as positive experiences of ordinary people and those who function optimally,and about how such people cope" (LAZARUS 1978,48).

Ziel soll die Erfassung und Systematisierung des intraindividuellen und des interindividuellen Aspekts von Coping sein (ipsativ und normativ),wobei auch der Prozeßcharakter von Coping Berücksichtigung finden soll.

"There is presently no existing method for handling this assessment problem systematically..."(LAZARUS 1978,40).

Eines der prekärsten Probleme,die sich bei der Erforschung von Copingprozesses stellen,ist die Erfassung ihrer Effektivität.LAZARUS lehnt es ab,bestimmte Copingformen a priori als effektiver oder "wertvoller" einzuschätzen als andere.Die Effektivität sei von der jeweiligen Situation abhängig,auch gebe es verschiedene Bezugssysteme,die Berücksichtigung finden müßten:"Optimal functioning might mean that all three categories of adaptional outcome,namely, social functioning,morale and somatic health be in harmony in the ideal case.The trouble is that some coping strategies may work well for one value...but poorly..(for another).."(LAZARUS 1978,52).

Allerdings gebe es Anhaltspunkte dafür,daß einige Copingformen das individuelle Krankheitsrisiko eher erhöhen (LAZARUS,COHEN, FOLKMAN,KANNER,SCHAEFER,imDruck).
Hierzu seien zunächst solche Verhaltensweisen zu zählen,die di - rekt zu Gewebsschädigungen führen wie Rauchen,Trinken,übermäßige und zu geringe Nahrungsaufnahme.Als sekundäre Folgen könnten Demoralisierung und eine Verschlechterung sozialer Beziehungen eintreten.Weiterhin seien mit großer Wahrscheinlichkeit solche Verhaltensweisen schädlich,die ROSENMAN als "A-Typ-Verhalten" be - schrieb und mit einem erhöhten Herzinfarktrisiko in Beziehung brachte (ROSENMAN 1968; BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1973,138).Man wisse ja außerdem,daß ganz allgemein hormonelle Sekretionen - als ein Teil des sog. Allgemeinen Adaptationssyndroms (GAS)- auch zu einer direkten Schädigung des Organismus führen könnten,wie SELYE (1976) am Beispiel gastro-intestinaler Ulcerationen gezeigt habe.Eine indirekte Schädigung durch ein anderes Element des GAS sei durch die Herabsetzung der Lymphozytenzahl und einer damit verbundenen Verminderung der Resistenz des Immunsystems gegen Infektionskrankheiten möglich (CASSEL 1976).
Weniger offensichtlich,aber nicht minder schädlich,seien Verhal - tensweisen,die eine rechtzeitige therapeutische Intervention verhindern wie "Bagatellisieren","Überspielen","Verleugnen" von Krankheitssymptomen (KATZ et al.1970; HACKETT und CASSEM 1975; VON KUGELGEN 1975).
Auf der anderen Seite gebe es auch Hinweise dafür,daß manche Copingformen das Krankheitsrisiko herabsetzen bzw, die Lebensdauer erhöhen.LAZARUS et al. berichten über eine Untersuchung von ALDRICH und MENDKOFF (1963),die feststellten,daß die Lebensdauer alter Menschen nach einem zwangsweisen Umzug in ein anderes Heim durch die Form ihrer Auseinandersetzung damit wesentlich bestimmt wurde. Die Todesrate,die nach einer solchen Entwurzelung ansteige, sei bei den manifest psychotischen und depressiven alten Menschen am höchsten gewesen.Bedeutend niedriger war sie bei denen,die den Umzug "philosophisch" hinnahmen oder ihren Ärger ausdrückten.
COHEN und LAZARUS (1973) stellten fest,daß Patienten,die über ihre bevorstehende Operation nichts oder nur wenig wissen wollten ('avoidants'und 'middle group'),gegenüber den Patienten,die sich

ihrer Situation bewußter waren und informiert werden wollten ('vigilants'),im Vorteil waren: sie verbrachten signifikant kürzere Zeit im Krankenhaus und hatten weniger postoperative Komplikationen.Dieses auch für die Untersucher unerwartete Ergebnis ließ sich nicht auf Unterschiede hinsichtlich des SES,des Angstlevels oder anderer erhobener Variablen zurückführen.Als Erklä - rungsmöglichkeit bieten die Autoren die Hypothese an,daß die 'vigilant copers' ihre gewohnte Art der aktiven Bewältigung nach der Operation nicht anwenden konnten,sondern zwansläufig in die Rolle der Abhängigkeit und Passivität gedrängt wurden,die möglicherweise ihr Selbstwertgefühl gemindert und ihre Verwundbarkeit erhöht hatte.
Gerade diese Untersuchung macht noch einmal deutlich,daß die Effektivität von Coping immer in Relation zur jeweiligen Person und Situation gesehen werden muß.
Sinnvoll erscheint mir an dieser Stelle auch ein Hinweis auf den kürzlich erschienenen Übersichtsartikel über "Verleugnung als besonders wichtige Abwehrform bei lebensbedrohlich Erkrankten" von GAUS und KÖHLE (1979).
Die Autoren merken an,daß sich die meisten Arbeiten zur Krankheitsverleugnung auf gefährliche Krankheiten mit möglichem oder wahrscheinlichem letalen Ausgang beziehen.Dies gelte vor allem für Beobachtungen bei Infarktpatienten (SULLIVAN et al. 1963; HACKETT et al. 1968; CROOG et al. 1968; CROOG et al.1971 u.a.) und bei Malignompatienten (SHANDS et al. 1951; WEISMANN 1972 u.a.),da von der theoretischen Annahme ausgegangen werde,daß "mit der Angst die Abwehrtätigkeit wächst" (GAUS und KÖHLE 1979,757).Ein spezifischer Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und der Tendenz zur Verleugnung sei bisher nicht bekannt.Es könne Phasen der Erkrankung geben,in denen Verleugnung zu einer erträglichen Einschätzung einer unerträglichen Situation führe.Jedoch bestehe Einvernehmen darüber,daß Verleugnung für die Entscheidung,ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen,gefährlich ist,ebenso in der Phase der Rehabilitation,in der vom Patienten aktive Mitarbeit gefordert wird (a.a.O.,759).

3.2 Das Tripelmodell der Ich-Mechanismen von N.HAAN

N.HAAN begreift ihr Konzept als eine Vermittlung zwischen der ihrer Meinung nach zu stark auf irrationale und pathologische Prozesse ausgerichteten Persönlichkeitstheorie FREUDs und der Theorie PIAGETs,die den rationalen Aspekt überbetone.
In dem 1963 von ihr veröffentlichten Modell stellt sie 10 Ich-Mechanismen der Abwehr 10 Ich-Mechanismen der aktiven Auseinandersetzung (coping) gegenüber.1969 erweiterte sie dieses Modell um die "pathologische" Dimension der "Fragmentation" (fragmentation), die bei psychisch stark gestörten Personen oder in Situationen äußerster Bedrohung auftreten könne.Aus Tabelle 2 sind die Kriterien für die Zuordnung eines Verhaltens zu den drei Formen der Ich-Mechanismen ersichtlich.Die Aufstellung orientiert sich an HAAN (1977,36); hinsichtlich der deutschen Wiedergabe stellt sie eine Erweiterung der von THOMAE aufgeführten Tabelle dar (1968, 338).Die jeweils zehn Mechanismen der "Abwehr","aktiven Auseinandersetzung" und "Fragmentation" finden sich in Tabelle 3 (vgl. HAAN 1977,38; THOMAE 1968,339).
Es wird deutlich,daß HAAN unter Coping etwas anderes versteht als LAZARUS; zu der Wertung,die aus den Zuordnungen und Definitionen hervorgeht,bekennt sie sich jedoch ausdrücklich.Da jede Persön - lichkeitstheorie ein Wertesystem impliziere,sei es ehrlicher,dies auch offenzulegen.Man könne nicht alle menschlichen Verhaltensweisen so betrachten,als seien sie für das Individuum und seine Umgebung gleich nützlich.
Ähnlich wie LAZARUS geht jedoch auch sie davon aus,daß die Wahl einer bestimmten Form der Auseinandersetzung von Bedingungen der Umgebung und Möglichkeiten des Individuums abhänge:"...the person will cope if he can,defend if he must,and fragment if he is forced to do so..." (HAAN 1977,79).Auch müsse eine Form der Auseinandersetzung nicht unbedingt erfolgreicher sein als eine andere.Lege man den Maßstab des subjektiven Wohlbefindens an,sei das Meiden einer aktiven Auseinandersetzung sicherlich zuweilen angenehmer: "...denying people are not depressed people..." (a.a.O.,178).
Dennoch sei die bewußte Auseinandersetzung als eine dem Menschen angemessenere Verarbeitungsform anzusehen,da sie - neben anderen

"Vorteilen" - eine Verbindung zwischen der subjektiven Realität des Individuums und der realen Außenwelt herstelle:
"The value is then one of accuracy in intrapersonal and inter - personal interchange ... All the properties of coping ... choice of action,flexibility,proportionate expression of feeling,and reality adherence - rest on the values of accuracy and can be deduced from it ... " (HAAN 1977,80).
"We can say then,since coping usually works better for people than not,it is what they will prefer to do and in fact "should" do,in terms of their own rational self-interest" (a.a.O.,81).
Zur Erfassung von Ich-Mechanismen erscheint HAAN der Einsatz von geschulten Ratern am sinnvollsten,die aufgrund von Gesprächsinhalten (interviews) die bei Individuen zutagetretenden Mechanismen konstatieren und klassifizieren.
Dies geschieht entweder mit Hilfe normativer Ratings oder der Q-Sort-Technik. Bei dieser Methode werden 60 Karten mit Items (je 20 für eine Klasse von Mechanismen) in eine forcierte Verteilung gebracht.
Als ein weiteres Instrument fungieren Fragebogen(skalen); hier sind vor allem die "Ego-Scales" von HAAN (1965) zu nennen,deren Items aus dem MMPI und California Personality Inventory (CPI) stammen.Neben der querschnittlichen Erfassung von "Mikroprozessen" legt HAAN Gewicht auf die Beobachtung der Entwicklung von Ich-Prozessen mittels Längsschnittstudien.

Tabelle 2 :Kriterien für die Zuordnung von Verhaltensweisen zu den Mechanismen "Coping","Defense" und "Fragmentation" nach HAAN (1964,1977,36) und THOMAE (1968,338)

"Coping"	"Defense"	"Fragmentation"
Verhalten beruht auf Entscheidungen und ist stets flexibel und zielgerichtet	Verhalten rigid,automatisiert und reizabhängig	Verhalten unecht,ritualisiert,automatisiert
Verhalten ist auf die Zukunft gerichtet und und nimmt auf die Erfordernisse der Gegenwart Rücksicht	Verhalten wird von der Vergangenheit bestimmt, das Vergangene überschattet die Bedürfnisse der Gegenwart	Verhalten basiert auf nicht nachvollziehbarer "privater" Logik
Verhalten ist an den Realitätsanforderungen der Gegenwart orientiert	Verhalten weicht prinzipiell der gegenwärtigen Situation aus	Verhalten hat keinen Bezug zu Realitätsanforderungen der Gegenwart
Verhalten basiert auf "Sekundärprozessen"	Verhalten basiert auf "Primärprozessen"	Verhalten ausschließlich affektbestimmt
Verhalten gestattet Bedürfnisbefriedigung auf offene,geordnete und sozial gebilligte Weise	Verhalten gestattet Bedürfnisbefriedigung auf heimlichen,indirekten Wegen	Verhalten gestattet unregulierte Befriedigung einiger Impulse
Verhalten operiert unter Anerkenntnis der Notwendigkeit störender Affekte und ihres aktiven Ausgleichs	Verhalten wird von der Annahme beeinflußt,es sei möglich,störende Affekte auf magische Weise zu beseitigen	Überflutung der Person mit Affekten

Tabelle 3 :Das System der "Ich"-Mechanismen
(HAAN 1977,38; THOMAE 1968,339)

Bezeichnung des Ich-Mechanismus	Mechanismen der aktiven Auseinandersetzung (Coping)	Mechanismen der Abwehr (Defense)	Mechanismen der Fragmentation
Kognitive Unterscheidung	Objektivität	Isolierung	Fixiertsein an Einzelheiten
Kognitive Trennung	Intellektualität	Intellektualisierung	Neologismen, "Wortsalat"
Kognitive Mittel-Zweck-Verbindung	Logische Analyse	Rationalisierung	Konfabulation
Reaktionsaufschub	Toleranz für Ambiguität	Zweifel und Unentschiedenheit	Erstarrung,Immobilität
Selektive Aufmerksamkeit	Konzentration	Ableugnung von Fakten	Fixierung,Abspaltung
Einbeziehen der Vergangenheit in die Gegenwart	Regression auf bestimmte Ich-Stadien	Regression auf Es-Zustände	Dekompensation
Ökonomisierung der Bedürfnisse	Sublimierung	Verschiebung	In Verhalten und Phantasien triebbestimmt
Bedürfniswandel	Ersatzhandlungen	Reaktionsbildung	Instabiles Alternieren
Bedürfnishemmung	Unterdrükkung	Verdrängung	amnestische Depersonalisation
Einfühlungsvermögen	Empathie	Projektion	Wahn

3.3 Das Konzept von H.THOMAE

Zur Reflexion und Erarbeitung der in der vorliegenden Untersu - chung verwendeten Kategorien greife ich den Bereich "Daseinsthe- matiken" und "Daseinstechniken" aus der Persönlichkeitstheorie THOMAEs heraus.Zunächst soll kurz auf die "Themen und Techniken des Daseins",wie sie sich in der Konzeption von 1951 bzw. 1955 ("Persönlichkeit-eine dynamische Interpretation") finden,einge - gangen werden.Anschließend wird die Erweiterung bzw. Modifikati- on dieses Ansatzes,wie er sich 1968 in "Individuum und Welt" und später darstellt,referiert.

Läßt man bei der Erörterung und Abgrenzung der Begriffe "Daseins- thematik" und "Daseinstechnik" die Bezüge zu anderen Persönlich- keitstheorien,vor allem zu der Schichtenlehre von LERSCH,außer Betracht,lassen sich"Daseinstechniken" kennzeichnen als "mehr oder minder "chronisch" gewordene Aktionssysteme,mit denen sich die Persönlichkeit die Deutung,Verarbeitung und Bewältigung der in der Konfrontation mit einer bestimmten Lage gegebenen Anforde- rungen und Erlebnisse ermöglicht" (THOMAE 1951,zit.n.HAMBITZER 1962,130).

Zum Verhältnis von "Technik" und "Thematik" schreibt THOMAE:"Und zwar wird eine Daseinstechnik dann zur Thematik eines Daseins.., wenn sie,mit einem bestimmten Ziele verbunden,das Verhalten mehr oder minder ausschließlich bestimmt.Insofern ist die "innere The- matik" eines Menschen nicht nur "die Zielung" seines Lebens,son- dern auch "seine Weise des Fertigwerdens mit dem Leben"...Demge- mäß nennen wir auch die möglichen Weisen,das Dasein erträglich zu machen,nicht in beliebiger Folge,sondern so,wie sie sich um be - stimmte tonangebende Werte gruppieren und in dieser Gruppierung zu Daseinsthemen gerinnen" (THOMAE 1955,142).Die vier Themenkrei- se oder Thematiken,um die sich die Techniken gruppieren,sind: Daseinsbehauptung,Daseinsgenuß,Daseinssteigerung und Daseinserwei- terung.

Wie Tabelle 4 zeigt,ergeben sich bei der Zuordnung der Techniken zu diesen Themenkreisen teilweise Überschneidungen.

Eine Anwendung dieser Klassifikation findet sich in der für die vorliegende Arbeit relevanten Untersuchung von HAMBITZER (1962). Er untersuchte 50 körperbehinderte Männer im Alter von 20-70 Jah-

ren mit Hilfe der biographischen Methode (s.u.) und stellte als dominante Technik der Daseinsbehauptung die "Anpassung" (25 Pbn) fest.18 Patienten zeigten bevorzugt "Ausweichaktionen",bei relativ wenigen (7) standen "Aggressive Aktionen" im Vordergrund.Allerdings deutete sich bei vielen dieser Patienten nach einigen Jahren,die zunächst im Zeichen der Daseinsbehauptung gestanden hatten,ein "Wandel der Haltung dem Dasein gegenüber"an (HAMBITZER 1962,258).

Tabelle 4 : Themen und Techniken des Daseins (THOMAE 1955)

	Daseinsbehauptung	Daseinsgenuß	Daseinssteigerung	Daseinserweiterung
Leistung	X			X
Anpassung	X	X		X
Intellektuelle Abwertung	X			
Ausweichen	X			
Illusionsbildung	X			
körperliche Hilfsmittel	X			
schlichtes Schaffen..		X		
Durchsetzung	X	X		
spielerischer Umgang..		X		
Opposition		X	(u.Kampf) X	
Vertiefte Zuwendung ..		X	X	
Sich treiben lassen		X		
Werkgestaltung			X	X
Selbstgestaltung			X	
Machtgewinn			X	
Opfer und Hilfe			X	
Betonung äußerer Form				X
Identifikation				X
Einsatz primitiver Reizmittel				X

1968 stellt THOMAE in seinem Buch "Individuum und Welt" eine Erweiterung und Modifizierung seines Konzeptes vor,die auf zahlreichen empirischen Studien (Quer- und Längsschnitt) basiert.Der komplexe Begriff der "Daseinsthematik" wird hier explizit von verwandten Konstrukten wie "Bedürfnisse" oder "Strebungen" abgehoben. Ebenso seien Thematiken des Daseins nicht gleichzusetzen mit "Zielen" menschlichen Handelns innerhalb einer Güte- oder "Wertlehre" oder etwa mit "letzten Motiven".THOMAE betont die "orientierende Funktion" von Thematiken und rät,sie nicht als Verhaltensursachen zu betrachten.Wichtig erscheint ihm vor allem auch ihre Beziehung zum jeweiligen "Bedeutsamkeitshorizont" des Individuums.
Zwar wird davon ausgegangen,daß die "Mannigfaltigkeit der thematischen Einheiten als Systeme der Orientierung innerhalb des individuellen Bedeutungshorizontes...theoretisch so groß (ist) wie die "Erfahrungen",in denen sich solche Bedeutungen bilden"(THOMAE 1968, 284),dennoch sei es möglich,eine Auswahl "typischer" Themen ausreichend zu definieren.
Ohne einen vollständigen,erschöpfenden Katalog aufstellen zu wollen,hebt THOMAE sieben Thematiken hervor,die bei der Analyse von Handlungsabläufen,Tages- und Lebensläufen aufgefunden wurden:

- Regulative Thematik
- Thematik der antizipatorischen Regulation
- sensorisch-explorative Thematik
- Themenkreis der sozialen Integration
- Themenkreis der sozialen Abhebung
- Kreative Thematik
- Normative Thematik.

Unter "regulative Thematik" faßt THOMAE "alle personalen Geschehnisse,welche eine Auseinandersetzung mit dem Ausmaß der "Störung" der augenblicklichen Situation darstellen"(a.a.O.,312).Die "Thematik der antizipatorischen Regulation" umfaßt den Bereich des Vorsorgens,Planens."Alles Suchen nach Erlebnisfülle,Abwechslung, Anregung,Aufregung,Information,Horizonterweiterung..." könne zur "sensorisch-explorativen Thematik" gezählt werden,ebenso wie "alle Bemühungen nach intensivem oder verfeinertem Genuß,nach gesteigertem Innewerden des eigenen Daseins" (a.a.O.,287f).
Synonyma für diese Thematik wären "Aktivation" oder auch "Daseins-

steigerung" (vgl.THOMAE 1955).Der "Themenkreis der sozialen Integration" wird beschrieben als die "Zusammenfassung aller personalen Prozesse,die durch das Innewerden einer wie immer gearteten "Position" im sozialen Gesamt ausgelöst werden und auf die Sicherung oder Veränderung dieser Position gerichtet sind...(THOMAE 1968,317).Kennzeichen der "Thematik der sozialen Abhebung" sei vor allem die (gewollte) "Unterscheidung von der einem Individuum gleichsam vom Schicksal zugewiesenen sozialen Umgebung"(a.a.O.,319) "Kreative Thematik" läßt sich auch als "Selbstverwirklichungsstreben" umschreiben,also ein "Verlangen nach Selbsterfüllung,nach vollem Erblühen der Fähigkeiten und Möglichkeiten der Person..." (MASLOW 1943,381,zit.n.THOMAE 1968,289).Wesentlich für die Kennzeichnung der "Normativen Thematik" schließlich sei der"Hinweis auf eine Forderung",gleich,ob man sie wie LERSCH "überpersönlichen oder unpersönlichen Mächten" oder wie KRECH et al. (1962) sozialen Gruppen und Konstellationen zuschreiben wolle,oder ob man die normative Wirkung vornehmlich bei konkreten Personen sehe,wie beispielsweise ROGERS (vgl.THOMAE 1968,325).

Die frühere Hypothese,daß zwischen bestimmten Thematiken und Techniken eine relativ überdauernde Verbindung besteht,erscheint THOMAE 1968 "nach erneuter Überprüfung nicht beweisbar" (340).Es wird zwar noch einmal die Möglichkeit des Übergangs von Techniken in Thematiken und vice versa betont,jedoch können nach THOMAE durchaus verschiedene Techniken von einer Thematik zusammengefaßt werden und gleiche Techniken im Dienste verschiedener Thematiken stehen.

"Daseinstechniken" sind "instrumentelle" Verhaltensaspekte,die der Veränderung von Zustand A nach B dienen (a.a.O.,329).Es "sollen darunter sowohl tiefenpsychologisch relevante unbewußte Mechanismen (Verdrängung,Identifikation),"irrationale" Verhaltensweisen wie "Aggression" oder "Bewegungssturm" ebenso wie bewußt eingesetzte Formen der Auseinandersetzung (coping) verstanden werden" (a.a.O.,334). Von "Reaktionen" unterscheiden sich Daseinstechniken dadurch,daß sie weniger situationsspezifisch sind.

Die zahlreichen einzelnen Techniken faßt THOMAE unter 5 Klassen zusammen,die - ähnlich wie die Thematiken - einander nicht ausschließen,sondern sich eher ergänzen.Er definiert Techniken der

"Leistung",der "Anpassung",der "Evasion" bzw. "Exgression",der "Defension" und der "Aggression".
Kennzeichen der "Leistung" ist weniger ihr Erfolg als das intensive Bemühen um die Erreichung eines Zieles.Im Gegensatz dazu stehen die Techniken der "Anpassung",die dazu dienen,ein Ziel mit weniger Energieaufwand zu erreichen.
Unter "Evasion" bzw. "Exgression" werden Verhaltensweisen gefaßt, die dem Verhaltensmodell des "Aus-dem-Felde-Gehens" folgen (THOMAE 1968,392)."Defensive Techniken" nennt THOMAE solche Verhal - tensweisen,die"der " Abwehr" eines Drohenden,offensichtlich sonst nicht zu Bewältigenden..." dienen (a.a.O.,390).
Unter "aggressive Techniken" schließlich will THOMAE - der Definition von MERZ folgend - jene Verhaltensweisen gefaßt wissen,"mit denen die direkte oder indirekte Schädigung eines Individuums ... intendiert wird "(a.a.O.,395).
Tabelle 5 (S. 63) gibt einen Überblick über die Daseinstechniken und die ihnen zugeordneten Verhaltensweisen.
Das zur Erfassung von Daseinsthemen und -techniken eingesetzte Instrumentarium ist die "biographische Methode" (vgl.THOMAE 1952). Die Bevorzugung dieses Instruments läßt sich aus dem idiographischen Ansatz THOMAEs ableiten.Letztlich geht das idiographische System zwar in ein nomothetisches über,aber nur im Sinne der Ökonomie,nicht zum Zweck der Reduktion von Variabilität.
Ausgangsmaterial der Untersuchungen sind die "subjektiven" Mitteilungen des Einzelnen - vor allem des in der Psychologie ver - nachlässigten "Mannes von der Straße".Zuordnungen der mit Hilfe der biographischen Methode gewonnenen Gesprächsinhalte zu Skalenpunkten (Rating) erlauben die Verrechnung der erfaßten Techniken und Thematiken; Untersuchungen zu verschiedenen Zeitpunkten ermöglichen längs- und querschnittliche Einzel- und Gruppenvergleiche.
Als biographische Einheiten für die Erfassung von Techniken und Thematiken kommen Tages- und Lebenslauf in Frage.Um die Techniken und Thematiken adäquat erfassen zu können,sollen die Bezüge geklärt werden.Ein Beispiel hierfür ist die Erfassung des Verhal - tens von 218 Befragten für die Zeit der Währungsreform(Stichjahre) in bezug auf ihre wirtschaftliche,berufliche,familiäre und

Wohnungssituation (vgl. THOMAE und SIMONS 1967).

Tabelle 5 : Daseinstechniken und ihnen zugeordnete Verhaltensweisen nach THOMAE (1968;1976)

Leistungstechniken	Techniken der Anpassung	Evasive bzw.Exgressive Techniken	Defensive Techniken	Aggressive Techniken("Assertive Behavior")
attentive Leistung	Anpassung an die institutionellen Aspekte d.Situation	direkter Ortswechsel	kognitive Verzerrung	physische Aggression
kognitive Leistung	A. an die sachl. Aspekte d.Situat.	Unterbrechen o.Abbrechen von Bemühungen	perceptual defense	Kritik
koordinative Leistung	A.an die Eigenheiten und Bedürfnisse anderer	institutionalisierte Entspannungsreaktionen(Urlaub, nostalg.Reaktion,Sich-Überlassen an den Gang der Ereignisse,Tagträume etc.)	Verdrängung	Abwertung anderer,der Gesellschaft,Institutionen
direktive Leistung	Akzeptieren		Verkehrung ins Gegenteil	Ressentiments
schöpferische Leistung	Korrektur der Erwartungen		Leugnung	Beschimpfen
(Gestaltung)	Aufgreifen von Chancen		Ignorieren	Verleumdung
Wettbewerbsleistung	Ausnutzung anderer	Rationalisierung	Selbstbetäubung	Denunziation etc.
	Appell um Hilfe	Regression		
	rezeptive,"Marktorientierung "	Flucht in die Opiate		
	Identifikation	Somatisierung von Konflikten		
	Überformung (Grenzen des Möglichen mit einbeziehen;Sublimierung,"Ersatzhandlungen)	(Bagatellisieren)		
		(Niedergeschlagenheit)		
		(Sich-Verlassen auf andere)		

Die in Klammern stehenden Verhaltensweisen wurden von THOMAE nicht explizit in dieser Weise kategorisiert.Sie sind hier der Kategorie "Evasive Techniken" zugeordnet worden. ( )

3.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Konzepte von LAZARUS,HAAN und THOMAE

Vor der Skizzierung der Ansätze von LAZARUS,HAAN und THOMAE war bereits auf einige Gemeinsamkeiten dieser Konzepte hingewiesen worden.An dieser Stelle lassen sich Übereinstimmungen und Unterschiede nun etwas differenzierter betrachten.
Alle drei Autoren betonen die Dynamik und Prozeßhaftigkeit der Persönlichkeit,vor allem hinsichtlich der Formen der Bewältigung, die die Autoren zu zahlreichen Variablen in Beziehung setzen.
Am weitesten geht hier wohl LAZARUS,der einmal den Prozeß des Coping beschreibt und zum anderen immer wieder den Interaktionscharakter von Personen- und Situationsparametern in den Vordergrund rückt.Inwieweit dieses komplizierte Modell mit seinen fast unübersehbar vielen Kombinationsmöglichkeiten einer - über Teilaspekte hinausgehenden - empirischen Überprüfung noch zugänglich ist,mag jedoch dahingestellt bleiben.
Eine weitere Gemeinsamkeit der Konzepte ist der Versuch,Formen der Bewältigung zu beschreiben,aber nicht primär erklären zu wollen.Im Vordergrund stehen die Fragen "how" und "by what means" (HAAN 1977,2).Eine Verknüpfung von Copingformen,Ich-Mechanismen oder Daseinstechniken mit anderen Personenparametern (z.B.Intelligenz) stellt natürlich stets auch Beziehungen her,die als kausal perzipiert werden; dies geschieht jedoch - wenn überhaupt - erst in einem zweiten Schritt.
Gemeinsam ist diesen Konzepten weiterhin die Einbeziehung vornehmlich "normaler Personen" in die Untersuchungen.Dies impliziert - in diesen Fällen - auch die Erstellung nicht primär psychopathologischer Kategorien (zu HAANs Kategorie der "Fragmentation" s.u.).
Im einzelnen unterscheiden sich diese Kategorien jedoch hinsichtlich ihrer Anzahl,Abstraktionsebene und "Bewertung".
Die geringste Anzahl von Copingklassen gibt LAZARUS vor.Seine Kategorien haben daher auch den höchsten Abstraktionsgrad und sind wohl eher formale Klassen,unter die jeweils eine Vielzahl inhaltlich völlig unterschiedlicher Verhaltensweisen gefaßt werden können (z.B."direct action": Bau eines Hauses,Drogenabusus,Suizid,

sportliche Betätigung u.v.m.).
Die Entscheidung,ob eine Copingsform adäquater,nützlicher oder besser ist als eine andere,will LAZARUS a priori nicht treffen und weist auf die Situations- und Personenabhängigkeit von Verarbeitungsformen hin.Dahingegen bezeichnet HAAN ausdrücklich nur die Copingformen als "gesund"; die Formen der Abwehr nehmen zwischen dieser Klasse und der eindeutug pathologischen Dimension der "Abspaltung" eine Zwischenstellung ein.Dem Zwang des Modells folgend,hat HAAN versucht,3 mal 10 äquivalente Formen der be - wußten Auseinandersetzung,Abwehr und Abspaltung einander gegenüberzustellen,die jedoch sehr abstrakt und wenig trennscharf sind.
Die Daseinstechniken,die THOMAE definiert,entfernen sich sicherlich am wenigsten von der Verhaltensebene.Hinsichtlich der Bewertung bemüht sich THOMAE um einen neutralen Standpunkt,dennoch implizieren Begriffe wie "Leistung","Anpassung" oder "aggressive Techniken" und ihre Definitionen natürlich gewisse Wertvorstel - lungen. Hinsichtlich der verwendeten Methodik wurde schon auf die Einbeziehung von "Normalpersonen" hingewiesen.Gemeinsam ist diesen Konzepten weiterhin,daß die individuelle Sicht des Probanden Berücksichtigung findet und die Personen als handelnde,aktive Individuen betrachtet werden.
Am ausgeprägtesten findet sich diese Sichtweise sicherlich im Ansatz THOMAEs,der ja auch die biographische Methode als Untersu - chungsinstrument der Wahl für die Erfassung von Daseinstechniken herausstellt.LAZARUS dagegen plädiert für Messungen auf verschiedenen Ebenen; Abwehrmechanismen lassen sich beispielsweise seiner Meinung nach auf der Gesprächsebene allein nicht erfassen.Abgesehen von diesem Postulat jedoch ist auch bei LAZARUS et al. eine verstärkte Hinwendung zur "klinischen Methode" zu bemerken.
Auch bei HAAN spielt das Gespräch zur Erfassung von Ich-Mechanismen eine wesentliche Rolle.Darüberhinaus gingen von ihr und ihrem Mitarbeiterkreis zahlreiche Versuche aus,Fragebögen(skalen) nach ihrem Konzept zu validieren und einzusetzen.
Das "Gespräch" wird also in allen drei Konzepten mehr oder weniger ausschließlich als Methode zur Erfassung von Bewältigungsformen verwandt.Während THOMAE jedoch die biographische Methode vorstellt bzw. reflektiert,tauchen Angaben über den Interviewmo-

dus und den mit der Anwendung eines nicht standardisierten Verfahrens verbundenen methodischen Problemen bei LAZARUS und HAAN kaum auf.
Als eine weitere Gemeinsamkeit der Ansätze kann die Verwendung von Ratingskalen angesehen werden,die sich aus dem Einsatz von Gesprächen als Untersuchungsinstrumente fast automatisch herleiten läßt.
Hinsichtlich der Methodik ist nun abschließend noch auf zwei wesentliche Punkte hinzuweisen.Alle drei Autoren betonen die Notwendigkeit von Längsschnittstudien und berichten über entspre - chende Ergebnisse.
Weiterhin steht im Blickfeld der Untersuchungen nicht vornehmlich die Bewältigung außergewöhnlicher Ereignisse,Erlebnisse und Belastungen,sondern die Frage nach dem Umgang mit sog. Alltagsproblemen.Während dieser Gesichtspunkt bei THOMAE und HAAN auch früher schon Berücksichtigung fand,ist die (zumindest momentane) Abkehr von Streßsituationen und Hinwendung zu "daily huzzles" bei LAZARUS sicherlich bemerkenswert.
Zusammenfassend läßt sich festhalten,daß die Konzepte von LAZARUS, HAAN und THOMAE hinsichtlich des Aspektes der "Bewältigungsformen" weit mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede aufweisen.In einigen Punkten ergänzen sie sich in sinnvoller Weise bzw. lassen sich ineinander überführen.
Ich nehme dies zum Anlaß,bei der Erstellung bzw. Definition des in dieser Untersuchung zur Anwendung kommenden Kategoriensystems auf diese Konzepte- wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß - zurückzugreifen.

4 Methodik der vorliegenden Untersuchung

4.1 Fragestellung

Das allgemeine Ziel und Anliegen der vorliegenden Untersuchung wurde bereits deutlich,jedoch ist es notwendig und sinnvoll,die Fragestellung an dieser Stelle näher zu erläutern.

Es wird davon ausgegangen,daß die Hämophilie eine komplexe Stimulussituation darstellt: im Gegensatz zu kurzzeitigen,experimentell erzeugten Belastungen (z.B."Sägewerkfilm",LAZARUS) oder länger andauernden,aber immer noch zeitlich begrenzten,"natürlichen" Belastungen (z.B."Währungsreform",THOMAE) handelt es sich bei der Hämophilie um eine lebenslang bestehende (potentiell) existenzgefährdende Krankheit,deren phänotypische Manifestation zeitlich nicht berechenbar ist,auch wenn die Bedrohlichkeit der unmittelbaren Krankheitszeichen durch den medizinischen Fortschritt vermindert wurde.

Es soll nun untersucht werden,wie sich erwachsene Hämophile mit ihrer Krankheit und den damit verbundenen Problemen auseinandersetzen.

Aus der referierten einschlägigen Literatur wird ersichtlich,daß die Krankheit auf alle Lebensbereiche Einfluß nehmen kann und nicht als ein isolierter Stimulus zu betrachten ist.

Wegen der Unmöglichkeit jedoch,jede Situation,mit der eine Auseinandersetzung erfolgt,im einzelnen zu beschreiben,werden drei Bereiche definiert ,unter die sich m.E. die meisten Situationen subsumieren lassen:

a) Unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen (D.h.,Blutungen und die damit in der Regel verbundenen sekundären körperlichen Schäden,insbesondere Körperbehinderungen; außerdem Lebererkrankungen,die mit der Therapie der Hämophilie in Beziehung stehen)

b) Ausbildungs- und Berufsbereich

c) Sozialer Bereich,Kontaktbereich

Es soll betont werden,daß diese Bereiche einander nicht ausschließen; insbesondere hinsichtlich des "sozialen Bereiches" gibt es sicherlich zahlreiche Überlappungen mit den beiden anderen Bereichen.Auf das Problem der Überschneidungen bei Kategorien wird jedoch an anderer Stelle noch einzugehen sein.

Da die Definition der in dieser Untersuchung verwendeten Kategorien zur Erfassung von Daseinstechniken und die Beschreibung anderer eingesetzter Instrumente noch erfolgt, werden die Hypothesen bzw. Vorannahmen zweckmäßigerweise erst am Ende des methodischen Teils aufgeführt und erläutert (vgl. 4.8).

4.2 Diskussion möglicher Untersuchungsinstrumente zur Erfassung von Formen der Auseinandersetzung

Im Überblick wesentlicher Untersuchungsansätze zur Erfassung von Verarbeitungsformen wird bereits die besondere Bedeutung des "Gespräches" angedeutet.Dennoch soll und muß auch das Für und Wider anderer Verfahren erwogen bzw. diskutiert werden.
Grundsätzlich können auch psycho-physiologische Verfahren,die systematische Verhaltenbeobachtung,Fragebögen sowie projektive Verfahren als "Meßinstrumente" eingesetzt werden.
Sowohl psycho-physiologische Messungen als auch systematische Verhaltensbeobachtungen setzen jedoch kontrollierte Bedingungen -wie sie etwa im Labor- oder Feldexperiment erfüllt werden können - voraus.Abgesehen von ethischen Gründen erscheint es jedoch kaum möglich,ein relativ repräsentatives Spektrum von Verarbeitungsformen unter "Laborbedingungen" zu provozieren.Darüber hinaus wird sowohl die systematische Verhaltensbeobachtung als auch die psychophysiologische Messung durch den ausschließlich situativen Aspekt gekennzeichnet.Die vorwiegende Registrierung "offenen Verhaltens" ohne Berücksichtigung kognitiver und motivationaler Komponenten einerseits und relativ unspezifische psycho-physiologische Korrelate andererseits schränken den Wert von Vernaltensbeobachtung und psycho-physiologischen Messungen als hauptsächliche Untersuchungsinstrumente für die vorliegende Fragestellung ein.Die zusätzliche Verwendung solcher Verfahren für die Beantwortung von Teilfragen erscheint zwar sinnvoll,der damit verbundene notwendige apparative Aufwand und die Erstellung von Auswertungskategorien wären jedoch nur in einem Team zu bewältigen.
Die Anwendung von Fragebögen impliziert dagegen kaum Auswertungsprobleme - hier müssen jedoch andere Vorbehalte als wesentlich angesehen werden.Die notwendigerweise allgemein gehaltenen Items und die standardisierten Antwortmöglichkeiten begrenzen ihre Aussagekraft erheblich.Darüber hinaus könnten auch hier methodenimmanente Probleme angeführt werden (vgl. ANGLEITNER 1977; vgl. 3).Tatsächlich gibt es m.W. bisher kaum Versuche,Verarbeitungsformen mit Hilfe von Fragebögen zu erfassen.Die von HAAN verwendeten Ego-Scales bzw.Subskalen des CPI und MMPI stellen sicherlich eine Aus-

nahme dar.
Bezüglich der inhaltlichen Analyse von Verarbeitungsformen mittels projektiver Verfahren müssen thematisch ausgerichtete Instrumente wie der Thematische Apperzeptionstest (TAT) in Erwägung gezogen werden,da diese Art der Verfahren sowohl vorkonstruiert ist als auch den unbedingt notwendigen Freiraum für Äußerungen des Probanden bietet.Die Validität solcher Ergebnisse hängt jedoch davon ab,ob der Proband sich entsprechend der Projektions - hypothese verhält und in den Geschichten tatsächlich etwas über sich mitteilt.Darüber hinaus stellen sich bei verbal-thematischen Verfahren ähnliche Auswertungsprobleme wie beim explorativen Gespräch.Auf diese und andere Schwierigkeiten bzw. Probleme,die das explorative Gespräch selbst impliziert,wird im folgenden Kapitel eingegangen.Schon jetzt seien jedoch einige wesentlichen Vorteile genannt:

- Das psychodiagnostische oder explorative Gespräch ist das einzige psychodiagnostische Verfahren,das dem Probanden völlige Äußerungsfreiheit zugesteht und ihn über den Zweck der Untersuchung nicht im Unklaren läßt.
- Die Asymmetrie zwischen dem Untersucher und dem Untersuchten, die bei den anderen Verfahren völlig oder weitgehend dominiert, ist bzw. sollte aufgehoben sein.
- Im Gegensatz zu anderen Verfahren hat der Proband im psychodiagnostischen Gespräch potentiell die Möglichkeit,selbst etwas zu erfahren - er ist somit nicht nur der "Befragte" oder "Beobachtete".
- Hieraus wird verständlich,daß die Motivation der Probanden,sich frei zu äußern und mitzuarbeiten,beim psychodiagnostischen Gespräch in der Regel am größten ist.

4.3 Das psychodiagnostische Gespräch als Forschungsinstrument

Daß trotz der offensichtlich bestehenden Vorteile das psychodiagnostische Gespräch als Forschungsinstrument sehr umstritten ist, mag nur auf den ersten Blick erstaunen.
Folgt man der Tendenz,die Methoden der Psychologie an den strengen Maßstäben der exakten Naturwissenschaften zu messen,schneidet das Gespräch (neben anderen Verfahren) sicherlich sehr schlecht ab.Eine differenziertere Betrachtungsweise erscheint jedoch angebracht.
Es ist üblich,die Tauglichkeit eines psychodiagnostischen Verfahrens an der Höhe seiner Objektivität-,Reliabilitäts- und Validitätskoeffizienten zu messen.
Da Gegner des psychodiagnostischen Gesprächs sich in ihrer Kritik auf die Testgütekriterien stützen,ist es notwendig,sich kurz mit dieser Problematik zu befassen.

4.3.1 Testgütekriterien des psychodiagnostischen Gesprächs - Objektivität , Reliabilität , Validität -

Ein Verfahren ist objektiv,wenn seine Ergebnisse von der Person des Untersuchers bzw. Auswerters unabhängig sind.Entsprechend dem Stadium der Untersuchung lassen sich Durchführungs-,Aufzeichnungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterscheiden.
Einschränkungen der Durchführungsobjektivität können einmal auf Verzerrungen zurückzuführen sein,die auf Seiten des Untersuchers entstehen wie z.B. unterschiedliche Fragestile,para- und nonverbales Verhalten etc. Diese Fehlervarianz nimmt mit zunehmender Standardisierung natürlich ab.Andererseits kann eine Einschränkung der Durchführungsobjektivität auch dadurch zustandekommen, daß Probanden trotz konstanter Bedingungen unterschiedlich auf verschiedene Untersucher reagieren (DIETERICH 1973,169; GIELEN und KADEN 1977,20).
Eine Aufteilung der Fehlervarianz in versuchsleiter- und probandenbedingte Anteile erscheint jedoch artifiziell; zahlreiche "Verzerrungen" lassen sich vermutlich besser als Interaktionseffekte beschreiben (vgl.auch GIELEN und KADEN 1977,33).

Diese Fehlerquelle ließe sich nur ausschalten,wenn die Kommunikation zwischen Untersucher und Probanden auf ein Minimum beschränkt würde.Damit wäre jedoch das psychodiagnostische Gespräch ad absurdum geführt,denn die soziale Interaktion zwischen Untersucher und Probanden ist gerade das Hauptmittel zum Informationsgewinn.
Die beim psychodiagnostischen Gespräch zusätzlich zu berücksichtigende Aufzeichnungsobjektivität läßt sich relativ problemlos durch Bild- und Tonaufzeichnungen optimieren.Es sollte jedoch nicht vergessen werden,daß reine Ton- gegenüber Ton-Bildaufnahmen eine Reduktion der Vielfalt und sicher auch zuweilen Eindeutigkeit von Informationen bedeuten,da das nonverbale Parallelverhalten unberücksichtigt bleibt.
Das Hauptproblem des psychodiagnostischen Gesprächs stellt die Auswertungsobjektivität dar.Da eine objektive Beurteilung von unstrukturiertem Material ein unmögliches Anliegen ist,wird die Auswertungsobjektivität als Übereinstimmung zwischen mehreren Ratern definiert (vgl. GIELEN und KADEN 1977,22).
Die Auswertungsobjektivität ist "angewiesen und limitiert durch ein vor oder nach der Erhebung zu erstellendes Kategoriensystem, das übereinstimmende Zuordnungen oder Ratings mehrerer Auswerter erlaubt.Objektivität der Auswertung ist also gewährleistet,wenn verschiedene Auswerter zu gleichen numerischen oder kategorialen Ergebnissen kommen"(a.a.O.,21).Die Anforderungen,die an Auswertungskategorien gestellt werden,entsprechen denen für Beobachtungsdaten: Die Kategorien sollen einander ausschließen und erschöpfend und eindeutig definiert sein (JAHODA et al.1965,281).
Da die Kategorien abstrakter und globaler sein müssen als die ihnen zugeordneten einzelnen Gesprächseinheiten,kommt es notwendigerweise zu einem Informationsverlust,der durch die Erstellung zahlenmäßig und inhaltlich "optimaler" Kategorien möglichst gering gehalten werden soll.Auf weitere Probleme bei der Kodierung sprachlichen Materials gehen HERRMANN und STÄCKER (1971) und MAYNTZ et al. (1971) ein.
Je geringer die Anzahl der Kategorien,je größer ihr Bedeutungsumfang und je eindeutiger ihre Definitionen,desto höher wird die Auswerterübereinstimmung sein.
Daß die in diesem Sinne verstandene Auswertungsobjektivität je-

doch auch abhängig ist von Übung und Bildungsniveau der Auswerter ,haben LEHR (1964) und FISSENI (1974) gezeigt.
Die eingangs erwähnte Interpretationsobjektivität kann in der Regel mit der Auswertungsobjektivität gleichgesetzt werden.Sie stellt jedoch ein spezielles Problem dar,wenn die Kategorien einen so hohen Abstraktionsgrad besitzen,daß eine interpretative Übersetzung notwendig wird.

Unter Reliabilität eines Verfahrens versteht man den Grad der Genauigkeit,mit dem es ein Merkmal mißt,gleichgültig,ob es dieses Merkmal auch zu messen beansprucht(nach LIENERT 1969,14).
Von den verschiedenen Formen der Reliabilität,die jeweils einen anderen operativen Zugang zu ihrer Bestimmung mit einschließen, wird i.a. nur die Wiederholungsreliabilität (Stabilität) auf das psychodiagnostische Gespräch angewandt.
Wenn auch die zahlreichen Untersuchungen zur Reliabilität des psychodiagnostischen Gesprächs eine Vielfalt unterschiedlicher Einzelergebnisse liefern (vgl.CANNELL und KAHN 1968; SCHMIDT und KESSLER 1976; GIELEN und KADEN 1977 u.a.),kann doch eine allge - meine Tendenz festgehalten werden:
Die Reliabilität des psychodiagnostischen Gesprächs hängt wesentlich von den erfragten Inhalten ab; während "hard facts" sich als recht reliabel erweisen,fallen die Stabilitätskoeffizienten für Motive,Einstellungen,Meinungen etc. im allgemeinen sehr niedrig aus.
Da das psychodiagnostische Gespräch aber gerade zur Erfassung dieser - wenig reliablen - Merkmale eingesetzt wird,wäre es demnach als unzuverlässiges Untersuchungsinstrument abzulehnen.
Es muß jedoch die Frage gestellt werden,inwieweit das Stabilitätskonzept selbst als tauglicher Gütemaßstab anzusehen ist.Die Hauptproblematik des Retestkonzepts besteht darin,daß es nur sinnvoll interpretierbare Koeffizienten liefert,wenn das zu erfassende Merkmal selbst stabil ist.
Für das psychodiagnostische Gespräch erfährt diese allgemeine Problematik eine noch schärfere Akzentuierung:
"Das klassische testtheoretische Modell schreibt eine Konstanz der äußeren Durchführungsbedingungen,der psychischen und physischen Disposition des Probanden,seiner Einstellung und Motiva-

tion etc. vor und impliziert,daß Testleiter und Proband in einem sozialpsychologischen Vakuum interagieren" (GIELEN und KADEN 1977, 29).

Die Validität eines Verfahrens gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem es dasjenige Persönlichkeitsmerkmal,das es messen soll, tatsächlich mißt (nach LIENERT 1969,16).
Für die Beurteilung der Aussagekraft des psychodiagnostischen Gesprächs wird im allgemeinen nur die Kriteriumsvalidität herangezogen.
Bevorzugte Außenkriterien bei Untersuchungen zur Validität des psychodiagnostischen Gesprächs sind Aktenunterlagen (PARRY und CROSSLEY 1950/51; WEISS und DAWIS 1960; CANNELL und FOWLER 1963; MEYERHOFF und DONY 1970; WALSH und MAXEY 1972;u.a.),andere psychodiagnostische Verfahren wie Verhaltensbeobachtung (CHAMBERLIN 1969),Fragebögen (LEHR 1964; FISSENI 1974) oder Expertenratings (GRAHAM und RUTTER 1968).
Die Variationsbreite der mitgeteilten Übereinstimmungskoeffizienten weist darauf hin,daß die "Höhe der Validität anamnestischer Daten (eig.Anm: dies läßt sich auch auf andere explorative Daten verallgemeinern)...nicht unabhängig von den Forschungsprozeduren (ist).."(SCHMIDT und KESSLER 1976,122).
Die Frage,ob die Kriterien die zugrundeliegenden Sachverhalte genügend repräsentieren,werde in den meisten Untersuchungen recht großzügig behandelt (a.a.O.).
Während es noch relativ einfach,wenn auch nicht völlig unproblematisch ist,Kriterien für den Nachweis der Gültigkeit harter Daten zu finden,lassen sich komplexe affektiv-erlebnismäßige und motivationale Zuständlichkeiten eines Individuums durch kein adäquates Kriterium überprüfen (LIENERT 1967,52; GIELEN und KADEN 1977,40).Daß das psychodiagnostische Gespräch aber gerade zur Erfassung des subjektiven Erlebens eingesetzt wird,verschärft die Problematik.So resümiert SZEWCZYK in Anlehnung an HELM (1964): "So müssen wir ..(zugeben)..,daß hier die typische Schwierigkeit einer Diagnostik besteht,die gezwungen ist,die Güte ihrer Verfahren an Kriterien zu bestimmen,deren Bedingungen selbst nicht geklärt sind" (SZEWCZYK 1976,207).

Wenn auch die hier angesprochenen Probleme der Objektivität,Reliabilität und Validität von Daten aus psychodiagnostischen Gesprächen nur unvollständig skizziert werden konnten,läßt sich dennoch ein Resümee ziehen.
Unterschiedliche Untersuchungsergebnisse zur Höhe der Gütekoeffizienten lassen keine weitreichenden Schlüsse zu,"Optimismus erscheint jedoch nicht angebracht" (SCHMIDT und KESSLER 1976,123).
Andererseits muß jedoch bezweifelt werden,ob die Gütekriterien der klassischen Testtheorie auf das psychodiagnostische Gespräch überhaupt ohne weiteres anwendbar sind.
Soll das Gespräch den Anforderungen dieser Gütekriterien genügen,müßte die Interaktion zwischen Untersucher und Untersuchtem, die das Hauptattribut des psychodiagnostischen Gesprächs darstellt, ausgeschaltet oder zumindest auf ein Minimum reduziert werden. Außerdem könnten nur "hard facts" erfaßt werden.
Der Vorschlag von GIELEN und KADEN,statt oder neben Meßgütekriterien Entscheidungskriterien als Maßstab heranzuziehen,läßt sich nur bei diagnostischen Gesprächen verwirklichen,auf die -in ihrer Effizienz überprüfbare - Konsequenzen folgen (z.B. Therapie).
Sieht man den Wert des psychodiagnostischen Gesprächs jenseits seiner Gütekriterien,nämlich "als Ort der interpersonalen Begegnung... (und dadurch)...wesentliche Repräsentanz des Sozialen und Humanen im psychodiagnostischen Felde "(SCHRAML 1964,891),entbindet dies jedoch nicht von der Pflicht,die Methodenadäquatheit des verwendeten Verfahrens im Auge zu behalten.So lassen sich beispielsweise die Durchführungsobjektivität - durch Vermeiden von "Interviewer"-Fehlern - und die Auswertungsobjektivität - durch die Anwendung eines Kategoriensystems - erhöhen,ohne daß der Interaktionscharakter des psychodiagnostischen Gesprächs beeinträchtigt wird.

4.3.2 Psychodiagnostisches Gespräch mit spezieller Zielsetzung: die biographische Anamnese

Eine einheitliche Terminologie der Begriffe "Exploration","Ana - mnese","Interview" etc. läßt sich aus der einschlägigen Literatur nicht herleiten; vielmehr gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Benennungen (MIERKE 1944; PONGRATZ 1967; SCHEUCH 1962; LEHR 1964; SCHRAML 1964,1975; CANNELL und KAHN 1968; THOMAE 1968; SCHMIDT und KESSLER 1976; u.a.).
Es wurde bereits deutlich,daß in der vorliegenden Arbeit der Terminus "psychodiagnostisches Gespräch" (SCHRAML 1964) bevorzugt wird.
Er bietet sich als Oberbegriff für Exploration und Anamnese an,da er sowohl den Beziehungs- als auch den Zielaspekt umfaßt.Psychodiagnostisches Gespräch ließe sich demnach definieren als eine "direkte Begegnung,eine handlungsartige Auseinandersetzung im Medium des Gesprächs" (HOFSTÄTTER 1957) "mit diagnostischer Zielsetzung" (SCHRAML 1964,868).
Gegenüber dem psychotherapeutischen Gespräch ist das psychodiagnostische Gespräch mehr informations- und weniger interaktionszentriert.Dennoch impliziert das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Untersucher und Probanden in der Regel einen therapeutischen Effekt; oft geht das psychodiagnostische Gespräch in eine Beratung über oder bildet den Beginn einer Therapie.
In der Literatur wird eine Vielzahl von Gesprächsformen mit spezieller Zielsetzung unterschieden (vgl.z.B.SCHRAML 1975).
Eine - in diesem Zusammenhang interessante-spezielle Gesprächsform ist die "biographische Anamnese".
Sie kann als eine Form der "biographischen Methode" angesehen werden (vgl. THOMAE 1952;1968),ist jedoch hinsichtlich ihrer Zielsetzung auf spezielle Themenkreise und Probanden eingeschränkt: "Die biographische Anamnese ist das methodische Instrument einer biographischen Medizin...,welche die Biographie,also die Lebens- und Erlebnisgeschichte eines Menschen als wesentlichen Beitrag zum Verständnis von psychogenen und auch primär somatogenen Krankheiten nimmt.In der biographischen Anamnese interessiert die Objektivität der Daten weit weniger als die Subjektivität des Er-

lebens"(SCHRAML 1975,275).
Der Anspruch einer lückenlosen Erfassung der Lebensgeschichte als Idealforderung (THOMAE 1952; SCHRAML 1975) läßt sich nur in den seltensten Fällen erfüllen und ist wesentlich von den äußeren Bedingungen abhängig.Langzeitstudien erscheinen hierzu der geeignete Weg (vgl.BLSA),im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ließ sich diese Vorstellung jedoch nicht realisieren.
Die Erhebung der biographischen Anamnese folgte den Prinzipien explorativer Technik (vgl.THOMAE 1968,111 ff).
Der Sinn und Zweck der Untersuchung war den Patienten bereits vor dem Gespräch bekannt (vgl.Einleitung des biographischen Erhebungsbogens im Anhang).
In der Gesprächssituation wurden die Patienten zunächst gebeten, ihren Lebenslauf zu schildern und dabei "am besten ganz vorne anzufangen".Außerdem wurden sie darauf hingewiesen,daß im Lebens - lauf nicht nur die Hämophilie interessiere,sondern auch alles andere,"was wichtig war".
ach der freien Schilderung wurde versucht,mit offenen Fragen"Lükken" im chronologischen Ablauf zu schließen ("Wie ging es weiter?" "Wie kam es dazu?" o.ä.).
Vor allem wurde Wert auf die Schilderung der Kontakte zu anderen, des Ausbildungs- und Berufsweges und der Krankheitssituation - vor allem in der subjektiven Bedeutsamkeit der Geschehnisse - gelegt.

4.4 Zum Kategoriensystem

Aus der Diskussion der Untersuchungsansätze von LAZARUS,HAAN und THOMAE sowie aus der Erörterung der Gütekriterien des psychodiagnostischen Gesprächs (Objektivität) ist zu folgern,daß die Erfassung von Verarbeitungsformen mittels Gespräch eine Kategorisierung voraussetzt.
Da in dieser Untersuchung als Erhebungsinstrument die biographische Anamnese verwandt wird,die per se keine Katgorien liefert, ergibt sich die Notwendigkeit,solche Ordnungsklassen entweder von anderen Autoren zu übernehmen oder selbst zu erarbeiten.
Dabei muß zunächst die Frage gestellt werden,inwieweit bereits bestehende Systeme auf die spezielle Gruppe der hier Untersuchten anwendbar sind.
Wie bereits erwähnt,beziehen sich die oben diskutierten Kategoriensysteme hauptsächlich auf "normale","gesunde" Personen,wenn man von den Formen der "Fragmentation" bei HAAN absieht.Hieraus ist jedoch kein Einwand gegen die Anwendung dieser Ordnungssysteme auf kranke Personen abzuleiten,da m.E. nicht grundsätzlich angenommen werden kann,daß sich - zumindest körperlich- kranke Menschen in ihrem Verhaltensrepertoire von Gesunden qualitativ unterscheiden.
Da es sich im vorliegenden Fall jedoch um eine schwere Krankheit mit potentiell auftretender existentieller Gefährdung handelt,erscheint es notwendig,auch Verhaltensweisen in Rechnung zu stellen,deren Auftreten im "normalen" Leben äußerst selten,unter Extrembelastungen jedoch wahrscheinlich sind.
Für die vorliegende Arbeit wurde nun folgende Entscheidung getroffen:
Da die Formen der Auseinandersetzung (Daseinstechniken),wie THOMAE sie 1968 definiert,der Forderung nach Konkretheit am besten entsprechen und sich weitgehend auf der deskriptiven Ebene bewegen,leitet sich ein großer Teil der hier verwandten Kategorien - einschließlich der Oberbegriffe - aus dem Klassifikationssystem THOMAEs ab (vgl.3.3).
Dabei erfahren jedoch einige dieser Techniken gegenüber THOMAEs Konzept eine andere Akzentuierung und/oder modifizierte Defini-

tion.
Zusätzlich werden einige Kategorien hinzugefügt,die aufgrund der Literatur oder eigenem Dafürhalten geeignet sind,Verhaltenswei - sen Hämophiler zu beschreiben.
Die von HAAN erstellten Kategorien wurden aufgrund ihrer -wie ich meine - geringen Trennschärfe und ihrer tiefenpsychologischen Implikationen hier weitgehend außer Acht gelassen.Es wird jedoch deutlich werden,daß der wesentliche Beitrag der Tiefenpsychologie zur Identifikation von Verarbeitungsformen nicht aus der Diskussion zu verbannen ist.
Zur Exemplifizierung der Definitionen sollen Aussagen von Hämophiliepatienten dienen.
Es wird nicht der Anspruch erhoben,Kategorien zu definieren,die einander ausschließen (vgl.4.3.1).Da nicht einmal Faktorenanalysen völlig orthogonale Kategorien zu liefern imstande sind,ist die Forderung nach einander ausschließenden Kategorien eine Idealforderung,der m.W. keine bestehenden inhaltlichen Kategorien entsprechen.
Wenn die Erfüllung dieses Kriteriums auch vom methodischen Standpunkt her wünschenswert wäre,stellt sich jedoch andererseits die Frage,ob einander ausschließende Kategorien noch einen merklichen Realitätscharakter hätten.

4.4.1 Defensive Techniken (Abwehrmechanismen im engeren Sinne)

Von den hier zu diskutierenden Formen der Auseinandersetzung weisen die "Abwehrmechanismen" wohl den größten Bedeutungsumfang auf und bedürfen wegen ihrer "Vorbelastung" durch tiefenpsychologische Schulen am dringendsten einer Definition und Abgrenzung.
Der Begriff "Abwehr",den FREUD 1894 als "das Sträuben des Ichs gegen peinliche oder unerträgliche Vorstellungen und Affekte" definierte (A.FREUD 1936,zit.n.KAUSEN 1977,902), erfuhr durch Anna FREUD (1936) eine Begriffserweiterung.Während sich nach S. FREUD die Abwehr gegen Triebansprüche richtet,bezog A.FREUD sie auf "alles,was Angst hervorrufen kann: Emotionen,Situationen, Über-Ich-Forderungen etc." (LAPLANCHE und PONTALIS 1973,31).Zu den Abwehrmechanismen ,die sie aufführt,zählen "Verdrängung", "Regression","Reaktionsbildung","Isolierung","Ungeschehenmachen", "Projektion","Introjektion","Wendung gegen die eigene Person", "Verkehrung ins Gegenteil","Sublimierung" (vgl.LAPLANCHE und PONTALIS 1973,31f; WYSS 1972,133).Diese Abwehrmechanismen faßt A. FREUD zu Gegensatzpaaren zusammen,von denen jeweils ein Mechanismus der Triebabwehr (z.B."Verdrängung") und sein Pendant der Abwehr bedrohlicher Außenreize dienen soll (z.B."Verleugnung") (vgl.WYSS 1972,135f).
Dagegen unterscheidet K.HORNEY,die davon ausgeht,daß "Angst" für die Entstehung neurotischer Verhaltensweisen maßgeblich ist,nur vier Abwehrformen,die im Dienste der Angstabwehr stehen:"Rationalisierung","Leugnung" (Abstreiten),"Selbstbetäubung" und "Meiden angsterregender Situationen" (vgl. THOMAE 1968,389; WYSS 1972, 184).
Daß im Zuge der "Ent-Sexualisierung der Tiefenpsychologie" (THOMAE 1968,389) die Abwehrmechanismen neutralisiert werden,läßt sich auch am Beispiel ADLERs zeigen.
Seinem Konzept zufolge dienen die Abwehrmechanismen dazu,das Selbstwertgefühl des Ichs zu bewahren.Der Mensch bemühe sich,sein mehr oder weniger stark ausgeprägtes Minderwertigkeitsgefühl zu kompensieren,wobei dieses Bemühen zur "nützlichen" Seite in Richtung auf das "Gemeinschaftsgefühl" oder zur "unnützen" Seite in Form eines übertriebenen Macht- und Geltungsstrebens mit aggres-

sivem Charakter erfolgen könne(KAUSEN 1977,899).Sei das Minderwertigkeitsgefühl stärker bewußt,versuche das Individuum,solche "Situationen,wo es zu einer Einbuße an Prestige kommen könnte, zu vermeiden" (a.a.O.,900).Diese Haltung sei "nicht-aggressiver Natur" (Zurückgezogenheit,Ängstlichkeit,Zaghaftigkeit u.s.w.)" (a.a.O.),könne aber eindeutig Aufforderungscharakter haben ("Herrschen durch Schwäche").Als eine weitere Abwehrform oder "Sicherungstendenz" sei der "Kunstgriff der Objektivierung subjektiver Regungen" (ADLER 1974,277,zit.n.KAUSEN 1977,900) zu betrachten, den man auch unter die Begriffe "Projektion" oder "Rationalisierung" fassen könne: Wahrnehmung und Kognition erfolgen "tendenziös" im Sinne einer "privaten Logik",um das Selbstwertgefühl zu sichern.

Das hier nur kurz angerissene Spektrum tiefenpsychologischer Konzepte,die eine Vielzahl - z.T. unterschiedlicher - Verhaltensweisen zu den Abwehrmechanismen zählen,zeigt die Notwendigkeit einer Einschränkung des Bedeutungsfeldes für diese Arbeit auf.

Zur besseren Differenzierung wird der Einteilung der Abwehrmechanismen in "Defensive" und "Evasive" Techniken nach THOMAE der Vorzug gegeben.

"Defensive Techniken"- als Abwehrmechanismen im engeren Sinne - können definiert werden als das Nichtzulassen einer für das Individuum bedrohlichen Situation in den subjektiven Lebensraum (THOMAE 1968,391).Während hier das Merkmal des "Nicht-Wahr-Haben-Wollens" einer Problematik dominiert,sind "evasive Techniken" eher durch das "Vertagen" der Bewältigung (DÄUMLING 1954,zit.n. THOMAE 1968) einer (erkannten) Situation gekennzeichnet.

Diese Differenzierung entspricht der Unterscheidung,die LAZARUS (1978) zwischen 'denial' und 'avoidance' macht: "Denial is the effort...to negate a problem.The person states in some way that he or she is not angry,not dying,not in danger,or whatever...On the other hand,in avoidance the person does not deny the facts or implications of the illness,but whenever possible refuses to talk or think about it...(a.a.O.,42).

Durch diese Unterscheidung wird die Anzahl möglicher Abwehrmechanismen im engeren Sinne erheblich reduziert.

Da zudem die Methode in der vorliegenden Untersuchung nicht tie-

fenpsychologisch orientiert ist und die Absicht besteht,in die Kennzeichnung der Verhaltenskategorien möglichst wenige vorent - scheidende Schlußfolgerungen einfließen zu lassen,beschränkt sich die Auswahl auf 3 defensive Techniken:

- "perceptual defense"
- Selbstbetäubung
- "risk -taking-behavior" (= "counter-phobic-attitude")

Der Begriff "perceptual defense" ist der Wahrnehmungsforschung entlehnt und bezeichnet dort die "Annahme,daß bestimmte Inhalte - z.B.tabuierte Begriffe - bei kurzzeitiger Darbietung im Vergleich zu neutralen Inhalten entweder aufgrund eines Abwehrmechanismus später erkannt und/oder später ausgesprochen (oder besonders früh erkannt und/oder ausgesprochen werden "(DREVER und FRÖHLICH 1971, 289).In diesem Zusammenhang soll der Begriff jedoch lediglich den Prozeß des Nicht-Wahrnehmens einer für das Individuum bedrohlichen Situation bezeichnen.

Auf den Begriff der "Verdrängung" soll hier verzichtet werden,da er ein "Unbewußtes" hypostasiert (LAPLANCHE und PONTALIS 1973, 528ff).Auch das zu diesem Bedeutungsfeld gehörende Konstrukt der "Repression" scheint weniger passend zu sein,da es normalerweise bipolar gebraucht wird (BYRNE 1964).

Der naheliegende Begriff der "Verleugnung" wurde hier ebenfalls gemieden,da er eine Absicht suggeriert und eine negative Tönung besitzt.Immerhin ist es nicht unproblematisch,wenn vom Untersucher bzw. Auswerter eine Bedrohung angenommen wird,die der Patient "ja eigentlich wahrnehmen müßte",die für diesen aber möglicherweise gar nicht existiert.

Dieses Problem stellt sich beispielsweise in einem Wahrnehmungsexperiment nicht,da der Untersucher die Wahrnehmungsreize als unabhängige Variablen manipulieren und exakt bestimmen kann.

Für die nicht-experimentelle Situation könnte der Einwand geltend gemacht werden,daß der Patient im "primary appraisal" die Situation als nicht bedrohlich eingeschätzt hat und es nicht für notwendig hält,sich weiter damit auseinanderzusetzen.In Fällen,in denen andere Angaben des Patienten (beispielsweise an einer anderen Stelle des Gesprächs) darauf hinweisen,daß die Situation doch als bedrohlich erlebt wird,läßt sich dieser Einwand ausräumen.

Trifft dies nicht zu,ist ein Rückgriff auf die "intersubjektive Erfahrung" notwendig.

Diese Kategorie soll jedoch nur gewählt werden,wenn es sich tatsächlich um Situationen handelt,die von anderen Personen in der Regel als bedrohlich angesehen werden.

Es bleibt jedoch ein gewisser Interpretationsspielraum erhalten, der jedoch durch den Gesprächszusammenhang häufig eingeschränkt wird.Schwierigkeiten können auftreten bei der Abgrenzung des "perceptual defense" von der Verhaltensweise des "Bagatellisierens" (s.u.).

Beisp.1: "Ja,ich habe noch einen Bruder und eine Schwester,..die sind aber gleich nach der Geburt gestorben..(Hatte das etwas mit Hämophilie zu tun?)Keine Ahnung..."

Beisp.2: "Rolle der Krankheit in meinem Leben?...Kaum eine,sie hat nur eine Rolle gespielt,wenn ich verletzt war oder so..dann ja,ist logisch,aber so eigentlich nie..ja,sicher,die Krankheit geht nie weg,das ist klar,aber so eigentlich..jetzt durch das Spritzen ist das sowieso viel besser geworden..."

Beisp.3: "Ärgern?...Ich weiß nicht,wann ich mich zuletzt geärgert hab..ah,doch,wo ich nicht in Urlaub fahren konnte ..aber sonst war nichts..."

Als zweite "defensive" Technik war die Selbstbetäubung genannt worden.Diese Kategorie soll dann Anwendung finden,wenn offensichtlich ist,daß das Individuum sich "betäubt",um eine Bedrohung vom Eindringen in den subjektiven Lebensraum abzuhalten.Dies geschieht in der Regel mit Hilfe (potentiell) bewußtseinsbeeinflussender Substanzen wie Drogen,Alkohol etc.

Soweit hier der Aspekt der "Flucht in den Alkohol" eine Rolle spielt,kommt natürlich auch ein "evasives" Moment mit hinein (vgl. THOMAE 1968,395).Anzumerken ist,daß der Gebrauch von Analgetika etc. bei den sehr schmerzhaften unmittelbaren Krankheitszeichen natürlich nicht unter diese Kategorie fällt.

Beisp.4: "Ich würde mir selber doch nicht viel mehr geben als 50 oder 60 Jahre..(Wie kommen Sie darauf?)Ja,die Leber,die macht doch sehr viel mit,ich hab schon eine Gelbsucht gehabt,und das wird doch irgendwann..,daß die Leber nicht mehr so mit machen wird..(Sie befürchten das ?) Ja,und so Diät leb ich eigentlich auch nicht..vertrage eigentlich auch ganz gut Alkohol,so zweimal in der Woche 15-20 Glas Bier ..Sehr viel Rücksicht nehme ich da nicht,da sagt man sich,was soll das ,ja die Leber sieht nicht gut aus,aber ach Gott,ich bin kein Säufer,aber die Leber hat doch nen Schaden weg.."

Dieser Gesprächsauszug macht die Vielschichtigkeit von Verhaltensweisen deutlich: zum einen dient bei diesem 33 jährigen Patienten die Selbstbetäubung durch Alkohol als Mittel zur Abwehr massiver sozialer und krankheitsbezogener Probleme (dies geht aus der gesamten Anamnese hervor); auf der anderen Seite wird diese Technik selbst wieder bagatellisiert.Weiterhin ist deutlich ein resignatives Moment und die Tendenz,sich an den Gang der Ereignisse zu überlassen,erkennbar.

Als eine spezielle defensive Technik kann die von FENICHEL (1939) als "counter-phobic-attitude" bezeichnete Verhaltensweise gelten, die von einigen Autoren (vgl. ALBY et al.1962; AGLE 1964; AGLE und MATTSSON 1968) bei Hämophiliepatienten beobachtet wurde.

Den von FENICHEL ursprünglich nicht auf eine spezielle Gruppe bezogenen "Abwehrmechanismus" definiert AGLE für Hämophiliepatienten folgendermaßen:

"...This rebellion and risk-taking represent a denial of the illness.Rather than just denial,however,there appears to be an actual seeking out of the most feared activity.Such an overcompensation against fear that utilizes a repetitive exposure to the feared activity has been called a counter-phobic response.It is as though the hemophiliac must prove his unvulnerability to damage and death by exposing himself frequently to danger..(AGLE 1964, 79f).

Um bei der Bezeichnung der Verhaltensweisen auf der deskriptiven Ebene zu bleiben,wird hier der Begriff "risk-taking-behavior" bevorzugt.

Konkret äußert sich dieses Verhalten im Aufsuchen gefährlicher Aktivitäten wie Teilnahme an Auto- und Motorradrennen,Boxen,Fallschirmspringen etc.

4.4.2 Evasive Techniken

Bei der Beschreibung der "defensiven" Techniken war bereits auf die "evasiven" Techniken Bezug genommen worden.THOMAE weist darauf hin,daß die Bezeichnung "Evasion" weniger auf tiefenpsychologische Darstellungen,in denen sie kaum vermerkt werde,als auf den von LEWIN,KARSTEN und DEMBO geprägten Begriff des "Aus-dem-Felde-Gehens" zurückgehe.Die adäquateste Verwendung des Begriffes der "Evasion" liege dort,wo ein physisches oder ideatives Hinausgehen aus der Situation erfolge (THOMAE 1968,392).
Es wurde schon darauf hingewiesen, daß im Gegensatz zu den "defensiven" Techniken das Umgehen der Auseinandersetzung mit einer bedrohlichen Situation hier offener geschieht: das Individuum unterdrückt die Wahrnehmung einer Situation nicht,sondern "vertagt" seine Bewältigung und/oder weicht auf andere Reaktionen aus.
Die im folgenden aufgeführten und dann genauer beschriebenen Verhatensweisen stellen sicherlich keinen erschöpfenden Katalog möglicher evasiver Verhaltensweisen dar (diese Einschränkung gilt natürlich auch für die anderen Techniken), sie sind jedoch m.E. am ehesten geeignet,evasive Verhaltensweisen,deren Auftreten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (bei Hämophilen) zu erwarten ist,zu kennzeichnen:

- Hinausgehen aus dem Spannungsfeld
- Meiden angsterregender Situationen
- Sich-Überlassen an den Gang der Ereignisse
- Andere Personen oder Umstände für eigene Verhaltensweisen oder Schwierigkeiten verantwortlich machen
- Andere für sich entscheiden und/oder sorgen lassen
- Rationalisieren
- Intellektualisieren
- Bagatellisieren
- Niedergeschlagenheit
- Innere Distanzierung
- Psychophysiologische "Reaktionsbildung"

Als direkteste Form der "evasiven" Technik ist das Hinausgehen aus dem Spannungsfeld anzusehen.Das Individuum nimmt,wenn eine Bedrohung eintritt,einen physischen Ortswechsel vor:

Beisp.5: "Und immer,wenn ich einen Krach hatte...,dann bin ich hochgelaufen zur Großmutter..,ich konnte da halt ein bißchen ausweichen..."

Von dem Hinausgehen aus dem Spannungsfeld unterscheidet sich das Meiden angsterregender Situationen durch den Zeitpunkt des Auftretens:Situationen,die das Individuum als unangenehm antizipiert, werden gemieden,bevor sie eintreten.Diese Verhaltensweise könnte auch als Form einer "antizipatorischen Regulation" aufgefaßt werden,da es sich um eine Verhaltenssequenz handelt,"welche die 'Abwehr' ...(einer) real noch nicht eingetretenen Störung zum Ziel hat"(THOMAE 1968,314).

Beisp.6: "Wenn ich nicht muß,dann zeige ich nicht gern meinen Körper oder meine Beine,weil die so dünn sind..."

Beisp.7: "Ich bin körperbehindert...und da war es immer für mich schlimm,als ich in die Pubertät kam,wenn ein großer Bahnhofsvorplatz war..wo viele Leute standen,besonders Mädchen...man sollte da vorbeihinken..zuerst habe ich gedacht,solltest du jetzt die großen Plätze meiden...heute denke ich mir nichts mehr dabei.."

Als eine weitere Form evasiver Techniken kann das Sich-Überlassen an den Gang der Ereignisse angesehen werden.Kennzeichen dieser Verhaltensweise ist ebenfalls ein Ausweichen vor der Auseinandersetzung,wobei es sich dabei oft um allgemeine oder spezielle Aspekte der Zukunft handelt:

Beisp.8: " Zukunft? Das interessiert mich nicht...was soll man sich jetzt schon Gedanken machen,was in der Zukunft ist?..Das fände ich Irrsinn.."

Beisp.9: "Ich weiß noch nicht,wie ich mich spezialisieren soll, ich gucke positiv in die Zukunft,obwohl ich mich jetzt noch nicht exakt informiert habe,welche Berufschancen ich habe,ich lasse das auf mich zukommen..."

Da Einstellungen zur Zukunft relativ häufig geäußert werden -meistens sind entsprechende Fragen ja Bestandteil des Gesprächsleitfadens - ist ihre Nuancierung wichtig.

So fand THOMAE in einer den obigen Beispielen(8 und 9) vergleichbaren Äußerung einer 48jährigen Frau hauptsächlich den Aspekt der "Rationalisierung" und "Selbsttäuschung" repräsentiert,da das Sich-Überlassen an den Gang der Ereignisse mit der "Erfahrung" begründet wurde,"daß in unserer kurzlebigen Zeit lange Pläne nutz-

los sind" (Beispiel aus THOMAE 1968,394).
Kennzeichen der Tendenz,andere Personen oder Umstände für eigene Verhaltensweisen oder Schwierigkeiten verantwortlich zu machen, ist die externale Kausalattribuierung.Insofern,als Argumente,Begründungen dazu dienen,die Verantwortung nach außen zu verlagern, hat diese Technik auch eine Affinität zur "Rationalisierung". Hier steht i.a. jedoch mehr der Aspekt der"Schuldabschiebung"im Vordergrund.
Beisp.10: "..etwas Rücksicht konnten die Lehrer ja auch nehmen, ...ist natürlich nicht genommen worden,genau im Gegenteil..,dadurch sind natürlich die Noten auch was schlechter ausgefallen.."
Während es hier um die Verursachung von Situationen geht,handelt es sich bei der Tendenz,andere für sich entscheiden oder sorgen zu lassen,um das Verlagern der Verantwortung für die Bewältigung von Situationen auf andere,wobei das Zustandekommen der Problematik keine Rolle spielt.
Ein Beispiel für diese Verhaltensweise ist das "Abschieben" der Verantwortung für die Weitervererbung der Krankheit auf die nächste Generation.
Der zweite Aspekt dieser Verhaltensweise,nämlich: andere für sich sorgen zu lassen,bedarf noch einer Erklärung.Es sollen hier nicht solche Situationen erfaßt werden,in denen Patienten aufgrund ihrer Bettlägerigkeit oder Behinderung auf die Hilfe von Pflegepersonen angewiesen sind.Diese Kategorie soll nur verwendet werden, wenn die Inanspruchnahme von ständiger Hilfe keineräußeren Notwendigkeit entspricht,soweit sich dies entscheiden läßt.
Es wäre möglich,die beiden letztgenannten Verhaltensweisen unter den Begriff der "Regression" zu fassen.Obwohl der Verzicht auf selbstverantwortliches Handeln in diesen beiden Fällen besonders deutlich wird,haben jedoch auch andere Verhaltensweisen,die der "Abwehr" oder dem "Aufschub" der Verarbeitung dienen,"regressiven" Charakter.Dieser Begriff erscheint daher - abgesehen von seiner negativen Tönung - in diesem Zusammenhang nicht trennscharf genug.
Als eine weitere "evasive" Verhaltensweise kann das Rationalisieren angesehen werden: das Individuum nimmt eine Situation wahr, reagiert darauf mit rationalen Begründungen und umgeht damit eine "kostenreichere" Auseinandersetzung.LAPALANCHE und PONTALIS(1973)

deuten die Problematik an,die mit der Verwendung dieses Begriffes verbunden ist:" Die Rationalisierung ist ein sehr allgemeines Vorgehen,das vom Wahn bis zum normalen Denken reicht.Da jede Verhaltensweise eine rationale Erklärung zuläßt,ist es oft schwierig zu entscheiden,ob diese Erklärung zureichend ist "(a.a.O.,418).
Bei HAAN nimmt die als"defensiv" klassifizierte "Rationalisierung" eine Zwischenstellung zwischen der als pathologisch anzusehenden "Konfabulation" und dem "Copingmechanismus" der "Logischen Analyse" ein.
Wenn ich mich dieser Einteilung auch nicht anschließen kann,erscheinen mir jedoch die der "Rationalisierung" zugeordneten Items anschaulich:

- Das Individuum zieht unwahrscheinliche und vermutlich "eigennützige" Konsequenzen aus Ereignissen und/oder
- bietet unwahrscheinliche Gründe für zurückliegende eigene Handlungen an und/oder
- verkettet Ereignisse auf wenig plausible Art miteinander.

(Nach HAAN 1977,310).

Beisp.11: "Die erste Liebesbeziehung..die war 1973..zu einem Nachbarsmädchen,wir waren zusammen in der Schule,hatten uns aber dann völlig aus den Augen verloren.Abitursball,Theater,und dann haben wir beschlossen,mal auszuprobieren,wie das ist,wenn man sich ineinander verliebt,bis wir beide dann total Feuer gefangen hatten. Es ist aber dann nicht weitergegangen,weil wir beide Angst hatten, zu sexuellen Kontakten zu kommen; jetzt im Nachhinein sage ich auch,daß das nicht die Lösung gewesen wäre; wir hätten dann auch keine weitere Gemeinsamkeit feststellen können..."
In dieser Äußerung kommt vor allem die Tendenz zum Ausdruck,"unwahrscheinliche Gründe für zurückliegende eigene Handlungen anzubieten".Ähnliches meint LAZARUS mit der Bezeichnung 'reinterpreting past in present',jedoch trifft er damit keine Entscheidung über die Plausibilität der Neuinterpretation.Auch der Aspekt der "positiven Umdeutung" (s.u.) klingt hier an,soweit es sich um eine Angleichung der "Tatsachen" an die Bedürfnislage mittels Kognition handelt.
Während es jedoch bei der positiven Umdeutung eher um eine Akzentuierung durchaus vorhandener positiver Aspekte geht,wirkt die "Umdeutung" bei der Technik des Rationalisierens eher künstlich, d.h.weniger realitäts- bzw. situationsnah.

Eine der Rationalisierung verwandte Technik ist das Intellektualisieren.LAPLANCHE und PONTALIS weisen darauf hin,daß Intellektualisierung vor allem darauf abzielt,Affekte in Distanz zu halten. Dies kann sich beispielsweise in weitschweifigen Erklärungen oder stilistisch unpassenden Formulierungen äußern (HAAN 1977,302). CARROLL (1972,60) verweist auf die häufig anzutreffende Situation, daß Patienten in psychotherapeutischen Sitzungen ausführlich über Dinge sprechen,die mit ihren eigenen Problemen nicht zu tun haben. LAPLANCHE und PONTALIS (1973,233) nennen das Beispiel des Patienten,der,wenn er über seine Geschichte,seinen Charakter,seine eigenen Konflikte spricht,diese von vornherein zusammenhängend rekonstruiert,sogar psychoanalytisch formuliert und z.B. über seine "Opposition gegen die Autorität" anstatt über seine Beziehung zum Vater spricht.

Etwas vereinfachend läßt sich vielleicht sagen,daß Rationalisieren mehr darauf abzielt,sozial akzeptable Gründe für eigene Verhaltensweisen nach außen zu vertreten.Intellektualisierung dagegen dient eher dazu,eigenen Affekten auszuweichen; die dabei verwendeten rationalen Argumente oder Begründungen können plausibel und stimmig sein,sind jedoch der Situation nicht angemessen,bzw. lenken vom "Kern" der Angelegenheit ab.

Beisp.12:"Ich habe eine Hypothese,warum sich meine Eltern mir gegenüber so ablehnend verhalten,nämlich,weil sie das Gefühl haben, daß ich ihnen verlorengehe,weil ich ihr Lebensinhalt gewesen bin. Und deshalb verstehe ich die Schwächen meiner Eltern....obwohl sie mich also sehr verletzen.."

Ähnlich wie bei den Verhaltensweisendes Rationalisierens und Intellektualisierens setzt das Bagatellisieren die Wahrnehmung einer Bewältigung fordernden Situation voraus.Das Individuum versucht jedoch nicht,durch unplausible Begründungen,weitschweifende Erklärungen o.ä. der Situation die Schärfe zu nehmen,sondern stuft sie(lediglich) als weniger wichtig ein.Wie bereits angedeutet,hat das Bagatellisieren Ähnlichkeit mit "perceptual defense",jedoch mit dem Unterschied,daß ein Bagatellisieren nur sinnvoll anzunehmen ist, wenn eine Situation bereits als bedrohlich wahrgenommen worde ist.

Beisp. 13:" Na,ja,ich war ein Außenseiter (Grundschulzeit),..aber so schlimm war das nicht,es hat mir kaum etwas ausgemacht.."

Als eine der wenigen hier aufgeführten Verhaltensweisen ist Nieder-

geschlagenheit eine vorwiegend emotionale Verhaltensweise.Nach den Konzepten von LAZARUS und HAAN wäre sie nicht als Form der Auseinandersetzung zu begreifen,sondern lediglich als eine den Prozeß der Auseinandersetzung begleitende und modifizierende emotionale Befindlichkeit einzustufen,die bezüglich ihrer Konsequenzen für Kognition und Handlung zu hinterfragen ist.
Daß die meisten Äußerungen von Patienten eine solche Differenzierung nicht zulassen,soll hier jedoch nicht dazu führen,diese Verhaltensweise zu vernachlässigen,die phänomenologisch so eindrucksvoll und für das Individuum so bedeutsam sein kann.
Weil "Niedergeschlagenheit" eine zumindest zeitweilige Unterbrechung von Bemühungen,eine Situation zu bewältigen,impliziert,wird sie zu den evasiven Techniken gezählt.Zuweilen gebrauchen Patienten selbst den Begriff "Depression"; er soll in diesem Zusammenhang wegen seiner terminologischen Vorbelastung jedoch nicht verwandt werden.
Beisp.14:"Ich bekam eine Depression danach von einem Monat.."
Beisp.15:"Und wenn ich die Blutungen habe,dann bin ich ziemlich niedergeschlagen.."
Abzusetzen von der Kategorie "Niedergeschlagenheit" ist die der inneren Distanzierung.Wenn sie sich hauptsächlich in offenem Verhalten äußert,wäre sie eher den Kategorien des Meidens bzw. Verlassens einer Situation zuzuordnen.Hier liegt der Akzent jedoch auf dem intrapsychischen Aspekt.Innere Distanzierung ist- ähnlich wie das Intellektualisieren- häufig ein Mittel,eine "kostenreichere" emotionale oder handlungsmäßige Auseinandersetzung zu umgehen. Wie auch im folgenden Beispiel,ist innere Distanzierung häufig eine Reaktion auf Mißerfolgserlebnisse oder Enttäuschungen im Kontaktbereich.Am Anfang steht meist das Gefühl,von anderen gemieden, allein gelassen oder ausgestoßen zu sein,und als Reaktion darauf distanziert das Individuum sich dann selbst von den anderen.Somit wird innere Distanzierung zu einem "aktiven" evasiven Prozeß,der von der bloßen Feststellung,anderen Menschen innerlich fern zu sein (sein zu wollen),bis zur Abwertung anderer gehen kann.
Beisp.16:" Das sind also meine Freunde,obwohl..,als Freunde kann man sie auch nicht bezeichnen,und sonst habe ich keine Freunde,weil ich viele Enttäuschungen mit Freundschaften gehabt habe,durch meine Krankheit bedingt.Früher,da hat man schon mal gesagt,das ist ein

guter Typ..Andererseits,wenn ich sie brauchte,dann hat man sich wenig um mich gekümmert.Ich bin auch heute jedem Menschen skep - tisch gegenüber.Also,Freundschaften anknüpfen,ja...,aber immer mit einer gewissen Distanz..."

NESSWETHA (1964) konstatierte bei der Analyse von Reaktionen auf Konflikte Reaktionsweisen,die er "Transgressionen des Konflikts in krankhafte Störungen" nannte.Im einzelnen zählte er dazu "Somatisierung","Irradiation" und "Psychisierung".

THOMAE(1968) weist darauf hin,daß die"Somatisierung" im Sinne einer "Flucht in die Krankheit" zu deuten ist und als Variante evasiver Techniken gelten kann.

Obwohl in der vorliegenden Arbeit die Analyse von Techniken nicht speziell auf Entscheidungssituationen bezogen ist,treten jedoch auch Bewältigungsversuche auf,die als "Somatisierung" oder "Psychisierung" umschreibbar wären.

Dennoch werden diese beiden Begriffe nicht als Kategorien gewählt, da sie für die vorliegenden Daten nicht trennscharf genug erscheinen.Nur wenige Reaktionsweisen,die als "Psychisierung" angesehen werden könnten,sind ohne spürbare somatische Begleiterscheinungen. Zudem wurde bereits mit der Kategorie "Niedergeschlagenheit" ein wesentlicher Bereich der Psychisierung abgedeckt.

Andereseits sind bei den meisten Reaktionen,die unter "Somatisierung" subsumierbar wären,keine manifesten morphologischen Veränderungen feststellbar.

Es handelt sich eher um überschießende psychophysiologische Reaktionen.Nach GROEN (1964),DELIUS (1966),PFLANZ (1970),LANGEN (1971) BRÄUTIGAM und CHRISTIAN (1973) u.a. kann zwischen psychisch (mit) bedingten körperlichen Beschwerdebildern ohne und mit krankhaftem Befund unterschieden werden.Dies entspräche der Unterteilung in "psychofunktionelle Störungen" und "psychosomatische Krankheiten". Für die Patienten der vorliegenden Untersuchung trifft als "Kategorisierungsmöglichkeit" i.w. nur das erstere zu.Dabei ist noch anzumerken,daß die psychophysiologischen Reaktionen meist als Simultangeschehen bzw. Koinzidenzen auftreten und nach Beendigung der für das Individuum belastenden oder aversiven Stimulation wieder abklingen.

Es wird für die vorliegende Untersuchung der Begriff psychophysiologische Reaktionsbildung gewählt,der trotz seiner Umständlichkeit

das Gemeinte am ehesten trifft."Reaktionsbildung" ist dabei jedoch nicht im tiefenpsychologischen Sinne zu verstehen;vielmehr soll der "Technik-Charakter" verdeutlicht werden.
Ebenso wie "Niedergeschlagenheit"erfaßt diese Kategorie nicht primär kognitive Prozesse oder offenes Verhalten.Nach LAZARUS liegt sie auf einer anderen Ebene und wäre nicht als Form der Auseinandersetzung zu begreifen.Der Entschluß,diese Kategorie hier dennoch einzubeziehen,gründet sich auf dieselben Überlegungen wie sie bei der Kategorie "Niedergeschlagenheit" ausgeführt wurden (s.o.).
Im einzelnen wären unter "psychophysiologische Reaktionsbildung" subsumierbar: Ängste mit vorwiegend vegetativer Komponente; Spannungskopfschmerzen;gastro-intestinale Beschwerden; "Herzjagen"; Schwindelanfälle; Bettnässen; Stottern; vegetative Erschöpfungszustände u.ä.
Weiterhin sollen unter diese Kategorie Spontanblutungen gefaßt werden,soweit ein psychofunktioneller Zusammenhang positiv nachweisbar ist (Selbstbericht des Patienten).
Das Kriterium des positiven Nachweises gilt für alle Reaktionen, die hier zugeordnet werden.Keinesfalls soll die Feststellung eines psychophysiologischen Zusammenhangs eine Lückenbüßerfunktion bei somatischen Beschwerden einnehmen,für die keine medizinische Erklärung gefunden werden können (vgl.BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1973; KIPNOWSKI und KIPNOWSKI 1979).
Konkret bedeutet dies eine Beschränkung auf psychophysiologische Zusammenhänge,die den Patienten als solche bewußt sind und von ihnen berichtet werden.Die damit notwendigerweise verbundene Vernachlässigung mancher "auf der Hand liegender" Zusammenhänge scheint gegenüber einer spekulativen Überinterpretation das kleinere Übel zu sein.

Beisp.17:"Da ist so eine Sprachstörung,die ich bekomme,wenn ich nervös bin.(Wissen Sie noch,wann das angefangen hat ?)Es war auf alle Fälle nicht in der Kindheit so,es ist-ich würde fast sagen- es ist parallel mit den Spannungen zu meinen Eltern aufgetreten."

Beisp.18:"Wenn ich 14 Tage z.B. mich jeden zweiten Tag körperlich betätige,bin ich nach einer gewissen Zeit irgendwie erschöpft... Das ist so ein Zustand,daß ich keine Ruhe finde,daß es nicht möglich ist zu entspannen..da kann ich nachts schlecht schlafen,wache ich nachts auf und habe Nasenbluten.."

4.4.3 Techniken der (autoplastischen) Anpassung

Der Begriff der"Anpassung" scheint nicht weniger vielschichtig zu sein als der Terminus "Abwehrmechanismus".Über definitorische Unterschiede hinaus induziert "Anpassung" vor allem weltanschauliche und gesellschaftskritische Diskussionen.Die gilt zwar insbesondere für den Bereich der klinischen Psychologie,wo sich die Frage nach der Beeinflussungsrichtung psychotherapeutischer Maß - nahmen stellt,jedoch kann auch im Stadium der Diagnostik die Problematik solcher "mehrdeutiger Bezeichnungen" (FRÖHLICH 1977,115) nicht ignoriert werden.
In zahlreichen Untersuchungen zur Krankheitsverarbeitung erstaunt der sorglose Umgang mit dem Begriff der Angepaßtheit bzw. Unangepaßtheit,wobei sich die entsprechenden englischen Termini noch selbstverständlicher lesen als die deutschen Bezeichnungen (vgl. 2.6 und 3).
Relativ unproblematisch erscheint die Definition des allgemeinen Zieles der Anpassung als Vorgang.DREVER und FRÖHLICH formulieren es als die "Herstellung des Gleichgewichts zwischen Individuum bzw. Organismus und seiner sozialen und/oder physikalischen Umgebung.."(1971,48).
THOMAE sieht das Ziel der Anpassung in der Reduzierung einer vorhandenen oder drohenden Diskrepanz "zwischen den wie immer zu umschreibenden Bedürfnissen des Subjekts und der augenblicklichen Situation auf ein Minimum.."(1968,380).Unwesentlich sei dabei der "objektive" Charakter der Situation,vielmehr gehe es um die"Welt, so wie sie erlebt wird" (a.a.O.).
Schwieriger als die Zielbestimmung ist die Frage nach der Anpassungsrichtung zu beantworten.MITSCHERLICH wehrt sich gegen eine einseitige Betrachtungsweise:" Unter Anpassung versteht man in der neueren Psychologie und Sozialpsychologie keineswegs den Vorgang einer einseitigen Unterwerfung des Individuums unter herrschende soziale und natürliche Bedingungen,sondern das Verhältnis einer gelungenen Einordnung im Sinne passiver Übernahme des Verhaltensstiles ..im Zusammenspiel mit aktiver Entfaltung der Eigenschaften des einzelnen.Ein wirklich soziales Indiviuum ist eines,das seine eigene Aktivität sozial entfalten kann..."(1974,25f).

Ähnliches meint ALLPORT,wenn er sagt,daß in der Anpassung sowohl das Meistern wie die passive Adaptation stecke (ALLPORT 1959,zit. nach DIETRICH und WALTER 1972,28).
Die zwei angesprochenen Aspekte der Anpassung lassen sich als "autoplastisch" bzw. "alloplastisch" bezeichnen:
"Während die autoplastische Anpassung in der Modifikation des eigenen Verhaltens angesichts der natürlichen oder soziokulturellen Umweltbedingungen,also in einem Sich-Angleichen und Sich-Fügen bis hin zum Konformismus und zur Überanpassung besteht,beinhaltet demgegenüber die alloplastische Anpassung das Moment der Umweltveränderung oder zumindest ein aktives Geschehen,bei dem das Subjekt den Umweltkräften mit auswählender und gestaltender Eigentendenz entgegentritt" (DIETRICH und WALTER 1972,28).
Will man diese zwei Vektoren der Anpassung im Auge behalten,ist es sinnvoll,dies auch durch die Nomenklatur zu verdeutlichen.Ich folge hier der Klassifikation THOMAEs,der unter Anpassung den autoplastischen Aspekt faßt; alloplastische Anpassung dagegen wäre unter "Leistungstechniken" zu subsumieren (s.u.).
Wesentlich erscheint THOMAE die unterschiedliche Betonung des Energieaufwandes.Im Gegensatz zum Verhaltensprinzip der "Leistung" trete bei dem primär um (autoplastische) Anpassung Bemühten das Prinzip des geringeren Aufwandes in den Vordergrund (THOMAE 1968, 381).
Folgende Varianten der autoplastischen Anpassung wurden in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen:

- Eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einbeziehen
- Anpassung an institutionelle und/oder sachliche Aspekte der Situation
- Sich an den Bedürfnissen und Normen anderer ausrichten und sich daran anpassen
- Aufgreifen von Chancen
- positive Umdeutung
- Ausdrückliches Bejahen der Situation

Bezeichnend für die Technik,eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einzubeziehen, ist das Gleichbleiben der Bedürfnislage; lediglich auf der kognitiven Ebene findet eine Anpassung an diemeist durch die Behinderung erschwerten - Bedingungen statt.Diese Anpassung kann sowohl auf die Vergangenheit als auch auf die Gegenwart oder Zukunft gerichtet sein.Somit fiele auch die Technik "Korrektur der Erwartungen" (THOMAE 1968,385),die den Zukunftsaspekt abdeckt,unter diese Kategorie.

Ein "Akzeptieren" der Situation scheint mir bei dieser Technik nicht im Mittelpunkt zu stehen,vielmehr handelt es sich um einen "Kompromiß" mit der erlebten Realität.

Beisp.19:"Ja,vielleicht wäre ein Wunschtraum damals gewesen: Schlosser oder vielleicht sogar Schmied,wo man richtig deftig hätte arbeiten müssen.Aber das ging ja nicht,das sah man ja, nicht ?"

Beisp.20:"Die Tanzstunde ging los bei den anderen,..da habe ich auch mal mitgemacht,aber dann habe ich es sein lassen,weil die Behinderung ganz konkret war.Was soll ich da versuchen,rumzuhüpfen, habe ich mir gesagt, mir immer was vormachen,das geht nicht.."

Während die Begrenzung hier in den eigenen Fähigkeiten oder Möglichkeiten gesehen wird (internale Kausalattribuierung),gibt es auch Techniken,bei denen die äußeren Bedingungen berücksichtigt werden.

THOMAE unterscheidet hier zwischen der "Anpassung an institutionelle" und "Anpassung an sachliche Aspekte der Situation",wobei einmal mehr der "Gesamtrahmen des Geschehens",zum anderen mehr situative Momente gemeint sind (z.B. Bescheid wissen über und Anpassung an Betriebshierarchien / Anpassung an die Erfordernisse der konkreten Arbeit) (vgl.THOMAE 1968,385).

Die Trennung dieser beiden situativen Bezüge ist zuweilen schwierig,worauf THOMAE auch hinweist.

Während sich die Anpassung an sachliche Aspekte in der Analyse einer Handlungssequenz (z.B. Hantieren mit Spiel- oder Testmaterial,Arbeitsgang) gut erfassen läßt,geht die Erfassung des Lebenslaufs in der Regel nicht auf diese Details ein.In den vorliegenden Gesprächsprotokollen sind die sachlichen meist mit den institutionellen Aspekten verknüpft (vgl.Beispiel 22).

Daher erscheint es gerechtfertigt,beide situative Bezüge in der Technik "Anpassung an institutionelle und/oder sachliche Aspekte

der Situation" zusammenzufassen.

Die Beispiele Nr.21 und 22 machen jedoch deutlich,daß Anpassung hier mehr im Sinne von Einschränkung und Verzicht gebraucht ist: auf eine Befriedigung des bestehenden Bedürfnisses muß (weitgehend) verzichtet werden,das Verhalten wird der "objektiven" Lage ange - paßt.

In den entsprechenden Beispielen von THOMAE hingegen geht es eher um die Ermöglichung der Bedürfnisbefriedigung mittels (flexibler) Handhabung institionell gegebener Möglichkeiten wie z.B. die Ausnutzung gesetzlicher Bestimmungen zur Erzielung einer möglichst hohen Rente.

Der hier betonte "verzichtende" Aspekt,der besonders im Ausbil - dungs- und Berufsbereich anzutreffen ist,würde bei THOMAE unter "Oberformung" fallen,wobei auch die Problematik der "Ersatzhand- lungen" (Ergreifen eines Ersatzberufes) betont wird (LEHR und THO- MAE 1965).

Beispiel 21:" 1945 aus der Schule - bin ja 1937 eingeschult wor - den - ...ja,wie es in der Zeit war,meine Berufsvorstellungen wa - ren die,auf dem Büro zu arbeiten..,aber die Möglichkeit war damals nicht gegeben,man mußte das nehmen,was man bekam.Das waren ganz schlechte Zeiten,kann sich heute keiner mehr vorstellen,wie das war.Und dann war eine Lehrstelle als Schneider frei,und dann habe ich Schneider gelernt."

Beispiel 22:" Ja,..ich bin jetzt sieben Jahre da,Arbeit läuft wohl im Moment,obwohl sie mich eigentlich nicht voll ausfüllt,kann ich sagen.Das ist so'n Papierkram,oder man sieht manchmal nicht den Sinn,was man da macht.Das ist aber eine Sache der Demokratie,kann man sagen.Man macht Vorschläge für den Rat der Stadt,und es wird wieder abgelehnt und dann wieder für den Papierkorb u.s.w..."

Die Tendenz,sich an Bedürfnissen und Normen anderer zu orientieren und sich an diese anzupassen,stellt eine Form der Anpassung dar, die sowohl den kognitiven,emotionalen als auch Verhaltensaspekt betrifft.Sie äußert sich häufig in dem Bestreben,"normal" zu sein, sich wie andere zu verhalten und allgemein anerkannten Normen zu entsprechen.

Von der "Anpassung an die Bedürfnisse anderer",wie THOMAE sie de- finiert (1968,382),soll die hier genannte Variante etwas abgehoben werden.Zwar erwartet das Individuum bei dieser Anpassungsform auch "Verstärker" irgendwelcher Art - z.B.das Akzeptiert-Werden von an- deren - jedoch konzentriert sich dieses Verhalten nicht nur auf diesen Zweck.Dies würde ja sonst bedeuten,daß eine mehr äußerliche

Übereinstimmung mit bestimmten Personen oder Gruppen gezeigt wird, um Vorteile zu erhalten; die eigenen tatsächlichen Meinungen und Bedürfnisse sähen jedoch anders aus und würden aus Opportunismus kaschiert.Letztendlich liefe das auf die Verhaltensweise der "rezeptiven-" oder "Marktorientierung" hinaus (THOMAE 1968,387). Dies ist hier aber nicht gemeint.Vielmehr soll diese Kategorie auch Verhaltensweisen erfassen,die zwar eine Anpassung an andere bedeuten,die gleichzeitig jedoch auch den eigenen Wünschen entsprechen (können): der sich Anpassende hat die Normen oder Bedürfnisse anderer,an die er sich anpaßt,weitgehend internalisiert. Unter diese Kategorie wäre auch die Technik der "Identifikation" (THOMAE 1968,387f) zu fassen.

Beisp.23:" (Eigene Kinder?)..Ja,ich möchte normal sein wie die anderen,und dazu gehören auch eigene Kinder,meine ich..."

Beisp.24:" (Freizeit?)..Da sind wir in so einer Clique,mit denen wir auch so alles Mögliche anstellen,was man normal auch anstellt ..."

Zwischen den Formen der autoplastischen Anpassung und Techniken der alloplastischen Anpassung nimmt die Kategorie Aufgreifen von Chancen eine Zwischenstellung ein: einerseits genügt sie nicht ganz dem Leistungskriterium eines hohen Energieaufwandes,andererseits beinhaltet sie auch nicht einen Bedürfnisverzicht,wie dies bei der Einbeziehung eigener Grenzen in den subjektiven Lebensraum und der Anpassung an institutionelle bzw. sachliche Aspekte der Situation der Fall ist.Hier geht es darum,daß sich anbietende Möglichkeiten aufgegriffen werden,ohne daß das Individuum sich um diese Möglichkeiten sehr bemühen mußte.

Beisp.25:" Irgend etwas wollte ich doch anfangen mit 18 Jahren. Meine Eltern meinten,ich sollte doch lieber zuhause bleiben.Wir hatten einen Bauernhof,da konnt ich dann mithelfen,aber das hat mir ...keinen Spaß gemacht.Mein Bruder erbt den Hof,und ich hätte sowieso nicht können.Und als ich 21 oder 22 Jahre war,da kam mein Vetter,..der hat 'ne Tischlerei:"Komm doch mal zu uns,..kannst mal bei uns ein bißchen Buchführung machen!""Ja,sagte ich,ich hab aber keine Ahnung,keine Schule besucht." Es war im Dorf,ich bin dahin gegangen,hab da Rechnungen geschrieben und alles.Ja,und die hatten einen Meister,der sagt:"Kerl,hör mal,jetzt kannst du ja auch mal ab und zu ein bißchen in der Werkstatt mithelfen."Das machte mir eigentlich Spaß,und dann sagte er:"Mach docheinfach eine Tischlerlehre,fang doch irgendetwas an,das wird doch bestimmt gut für dich sein!" Ja,und dann hab ich das angefangen,hat mir auch sehr viel Spaß gemacht.."

Während es sich beim"Aufgreifen von Chancen" um eine Anpassung auf der Verhaltensebene handelt,beinhaltet die positive Umdeutung eine Veränderung der subjektiven Erlebensweise durch kognitive Prozesse.THOMAE (1976) zählt diese Form der Bewältigung zur "kognitiven Umstrukturierung" und beobachtete sie bei älteren Menschen,die sich mit nicht mehr veränderbaren Situationen auseinandersetzen müssen.Da es im höheren Alter viele Chancen,die aufzugreifen wären,nicht mehr gibt,und da die Möglichkeiten der aktiven Veränderung der Umwelt geringer werden,ist das Individuum in vermehrtem Maße darauf angewiesen,die positiven Aspekte seiner Situation gegenüber den weniger angenehmen hervorzuheben.
Auf die Abgrenzung der positiven Umdeutung von der Technik des Rationalisierens wurde schon bei der Diskussion evasiver Techniken eingegangen.

Beisp.26:" Früher hab ich immer gedacht,warum habe ich gerade diese Krankheit,warum muß ich leiden? Heute denke ich oft,daß man durch die Krankheit,so schlimm sie oft ist,doch auch eine Menge Erfahrungen gemacht hat,die wertvoll sind..Vielleicht klingt das überheblich,aber ich glaube,daß man vielleicht weniger oberflächlich ist als z.B. Gesunde,..daß man sich besser in andere hineindenken kann,daß man tiefe Erfahrungen gemacht hat,die einen auch irgendwie bereichert haben,wenn man das mal so sagen kann.."

Eine Verhaltensweise,die einmal als regulative Technik in Problemsituationen denkbar ist,zum anderen aber auch in problemlos bleibenden Zuständen auftaucht,ist das ausdrückliche Bejahen (einer Situation) (vgl.THOMAE 1968,385).

Im Bedeutungsumfang geht es noch über die Technik des "Akzeptierens" hinaus und ließe sich auch als "Zufriedensein" kennzeichnen.

Beisp.27:"Mir ist es lieb,daß wir zu fünft auf dem Zimmer liegen, ..viel besser als zu zweit..da ist eine ganz andere Stimmung!"

Beisp.28:"Die Heimselbstbehandlung hat mir viel Freiheit gebracht, ..ich kann jetzt ein Leben führen..,so positiv habe ich mir das nicht vorgestellt.."

4.4.4 Techniken der Leistung (alloplastischen Anpassung)

Bei der Definition des Begriffes der Anpassung war bereits als Abgrenzung die Bezeichung "Leistungstechnik" eingeführt worden. Dabei trat vor allem der Aspekt des größeren Energieaufwandes in den Vordergrund.Abzugrenzen sind die Leistungstechniken,wie sie hier verstanden werden,von dem Begriff der "Arbeit",soweit sich diese als "Routinearbeit" darstellt bzw. als "institutionell geregelter,mehr oder minder komplexer Energieaufwand,der neben der Befriedigung der Bedürfnisse vor allem zur Sicherung des Lebensunterhaltes dient"(THOMAE 1968,372).
Es geht hier also um einen freiwillig erbrachten Energieaufwand, dessen "objektiver" Erfolg oder Effekt nicht von wesentlicher Bedeutung ist.
Ein interessantes Beispiel für einen um Leistung bemühten Men - schen,dessen Bemühungen keinen sichtbaren Erfolg zeitigen,schildert CAMUS in seinem Roman "Die Pest": Der Rathausangestellte Joseph Grand verbringt seine gesamte bürostundenfreie Zeit mit Versuchen,ein "vollkommenes literarisches Werk" zu schaffen,über dessen ersten Satz er nicht hinauskommt.
"Als eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Dominantwerden eines leistungsbezogenen Verhaltens..."(THOMAE 1968,371) kann die "Überzeugung" angesehen werden,"in der Welt stünden ein bestimmter Aufwand an Energie einerseits und Erfolg (Bedrürfnisbefriedigung,sozialer Fortschritt,berufliche Karriere) andererseits in einem irgendwie gearteten ursächlichen Verhältnis zueinander.." (a.a.O.).
Es lassen sich verschiedene Arten von Leistungstechniken unterscheiden,von denen hier folgende verwendet werden:

- kognitive Leistung
- koordinative Leistung
- direktive Leistung
- kreative Leistung

Zur Gruppe der kognitiven Leistungstechniken sind solche Aktivitäten zu zählen,die "unabhängig von dem sozialen Marktwert sol - cher Bemühungen..mit Kenntniserwerb oder Kenntniserweiterung zusammenhängen"(THOMAE 1968, 374).In Erweiterung dieser Definition sollen hier auch solche Verhaltensweisen zugeordnet werden,die LAZARUS als "information seeking" bezeichnet.

Beisp.29:" In der Freizeit jetzt..hab ich die Jägerprüfung ge - macht..."

Beisp.30:" (Wie sind Sie nach Bonn gekommen?) Durch Eigeninitiative.Mein Hausarzt hat immer gesagt,da können wir nichts machen, das ist halt eine Erbkrankheit,da muß man die Gelenke vollbluten lassen,und wenn die voll sind..,dann müssen wir Umschläge machen. Da hat mein Vater auch immer gesagt,der kann mir erzählen,was der will,da muß es doch noch was geben.Da sind wir also durch Eigeninitiative schon früher in die Universitätskliniken gegangen, 1961,nach Frankfurt.Und die haben damals ,da gab es diese Plasmakonzentrate noch nicht,die haben gesagt,höchstens 24stündiges frisches Blut,das war das einzige..Dann waren wir bei einem Homöopathen oder wie man die nennt,der hat das mit Kräutern versucht. Im Mai hatte ich eine starke Oberschenkelblutung,und da hat der Hausarzt wieder gesagt,da gibt es nichts.Aber da hatte ich solche Schmerzen,da habe ich ihn angebrüllt,Sie können mir sagen,was Sie wollen,ich möchte in eine Universitätsklinik.Dann bin ich nach Mainz gekommen,und dort hat man mir gesagt,es gibt in Bonn diese Heimselbstbehandlung..und als ich dann einigermaßen laufen konnte, habe ich mich selbst ans Telefon geschwungen und habe hier in Bonn angerufen.."

In diesem Beispiel klingen auch "assertive" Tendenzen an (s.u.). Nicht alle Patienten haben trotz und entgegen anderslautenden Informationen von Autoritäten (Ärzte) weiter intensiv nach Möglichkeiten gesucht,ihr Leiden zu verringern.

Unter koordinativer Leistung sollen hier weniger sportliche Betätigungen verstanden werden als vielmehr sozial integrative Leistungen,die THOMAE z.B. als "Stiftung und Pflege sozialer Kontakte" umschreibt (1968,375).Häufig treten solche Bemühungen als Engagement in oder für Gruppen mit bestimmter Zielsetzung (Vereine, Parteien etc.) hervor:

Beisp.31:" Ja,,ich habe sämtliche Ehrenämter fast im Dorf innegehabt in dieser Sache,z.B. Pfarrgemeinderat und sowas.."

Beisp.32:" Den ganzen Aufbau,die ganze Organisation habe ich bei uns aufgebaut,die ganze Parteiarbeit.."

Steht die "kontinuierliche ..Einflußnahme auf die Gruppenprozesse im Sinne der eigenen Intention "(THOMAE 1968,367) im Vordergrund, wären Verhaltenweisen ,wie in den Beispielen 31 und 32 wiederge-

geben,unter direktive Leistungstechniken zu subsumieren.Neben diesem Aspekt der Einflußnahme auf andere soll jedoch vor allem die Überwindung von Schwierigkeiten durch Steuerung des eigenen Verhaltens Berücksichtigung finden,ohne daß hier von autoplastischer Anpassung gesprochen werden könnte.Diese auch als "Willenslei - stung" zu bezeichnende Technik findet ihren Ausruck häufig in der Überwindung und Beherrschung körperlicher Schmerzen:

Beisp.33:"...Und dann dauert das eine Stunde..,dann fängt das an. Aber,wenn mann dagegen ankämpft,wird man auch mit dem Schüttelfrost fertig.."

Für die kreative Leistung gilt neben der freiwilligen Eigeninitiative noch das Kriterium des "Güte-Maßstabes",der"nicht sozial definiert ist,sondern ausschließlich durch die Eigenart oder Notwendigkeit des eigenen Werkes"(THOMAE 1968,377).Aus dieser Definition geht bereits hervor,daß kreative Leistung nicht auf den künstlerischen Bereich oder die Gruppe der Prominenten beschränkt werden soll (a.a.O.).

Beisp.34:" Ich habe ein Grundstück,so etwa 5000m^2..,da bin ich jedes Wochenende,wenn es eben geht.Das muß bepflanzt werden und in Ordnung gehalten werden,das mache ich gerne..und Tiere,z.B. habe ich schon 30 Gänse,und das soll nur der Anfang sein.."

Beisp.35:"Ja,ich mache Karikaturen.Angefangen hat es,als ich so im Bett liegen mußte,und Bücher war auch schon langweilig,weil - das ist ja alles schon vorgedruckt,da braucht man ja nur abzulesen...Und angefangen hat es..da waren ja Comics noch sehr verpönt, aber trotzdem,das war eine Anregung..daß man sagen kann,du fängst mal an,malst mal so eine Figur.Erst mal nur abmalen..Heute versuche ich,mir selbst was auszudenken.Daß ich z.B. mal ein Dorfbild -von unserer Gemeinde- gemalt habe.Oder daß ich einfach gesehen habe,wie mischen sich Farben.Da habe ich einfach mal Farbtöpfe umgeschmissen aufs Blatt ,..um zu sehen,wie ist der Fluß der Farben.Oder ich habe Karikaturen gemalt.."

4.4.5 Assertive Techniken

Die aggressive Form der Auseinandersetzung scheint in ihrer Auftretenshäufigkeit gegenüber anderen Techniken zurückzustehen (HAMBITZER 1962; THOMAE 1968,1976).THOMAE vertritt die Ansicht, daß dies nicht nur eine Folge der in einer Autobiographie unvermeidlichen Beschönigungen des Selbstbildes sei.Das aus den Biographien entnehmbare Bild spreche jedenfalls nicht für die Omnipräsenz eines Aggressionsinstinktes (1968,396).
Ich schließe mich dieser Meinung an und glaube sogar,daß die "aggressiv akzentuierten Lebenstechniken" wie"Kritik an anderen", "Abwertung","Ressentiments","Beschimpfen" etc. (THOMAE 1968,396) -zumindest bei der hier untersuchten Gruppe - in einem so geringen Ausmaß auftreten (oder geäußert werden),daß der Begriff "aggressive Techniken" kaum zutrifft.
Vor allem die Intention,andere zu schädigen (MERZ),scheint nicht im Mittelpunkt zu stehen.Wesentlich ist eher das Merkmal der Selbstbehauptung bzw. des Sich-Wehrens gegen empfundene Benach - teiligung.Die im Verlaufe einer solchen Verhaltenssequenz mögliche Schädigung anderer wird dabei zwar in Kauf genommen,ist aber nicht primäres Ziel.Aus diesem Grunde soll hier statt des Begriffes "aggressiv" die Bezeichnung "assertiv" gewählt werden (vgl. THOMAE 1976:"assertive behavior").
Jedoch geht es auch hier - im Gegensatz zur "Anpassung",die auf eine maximale Übereinstimmung mit der Umgebung abzielt(THOMAE 1968,395),um die Maximierung der Diskrepanz und das Bemühen um Überwindung ces Widerstandes der Umwelt durch ihre"Unterwerfung" (MURRAY: p dominance,p aggression etc.vs.n defendance,n dominance)
Diese Klasse von Techniken soll Verhaltensweisen einschließen, die dem Kriterium

- sich gegen empfundene Benachteiligung zur Wehr setzen und sich gegen Widerstand behaupten

genügen.
Die etwas unterschiedliche Nuancierung der beiden Teile dieser Kategorie ist m.E. nicht trennscharf genug,um eine Aufspaltung in zwei Techniken zu rechtfertigen.Betont sei noch einmal der vorwiegend reaktive Charakter dieser assertiven Verhaltensweise.

Beisp.36:" Ab und zu wurde ich gehänselt.Aber ich hatte früher einen Stock..von meiner Oma..mit einem Hirschknauf,mit dem bin ich immer gelaufen,weil ich so eine Schiene hatte,daß das Bein gestreckt wurde..da haben sie mich auch gehänselt,..sind immer um mich herumgesprungen,da habe ich den Stock herumgedreht,habe ausgeholt und habe 'reingehauen.."

Beisp.37:" Ja,..da waren Situationen,die mir nahegegangen sind, das war z.B.,als ich mir den Wagen kaufte und mit der Bescheinigung,daß ich die Steuerbefreiung eingetragen bekam,zum Finanzamt mußte..und ich wurde da angebrüllt,so ein junger Spund,der braucht doch noch keinen Steuererlaß,der soll arbeiten..,und das habe ich mir einmal bieten lassen..Und als ich dann zum zweiten Mal hinkam-1959 - ,da habe ich ihm gesagt,ich glaubte wohl,daß er noch nicht entnazifiziert wäre,und ich würde doch wohl einhalten,daß das nachgeholt würde..und dann hat sich die Sache grundlegend geändert..Da habe ich doch gemerkt,daß es noch Menschen gab,die uns Körperbehinderte für Menschen zweiter Klasse ansahen."

4.5 Das Problem der Zeitperspektive bei der Erfassung von Daseinstechniken im Lebenslauf

4.5.1 Subjektivität der Gliederung des Lebenslaufs

Bezieht sich die Erfassung von Formen der Verarbeitung auf Zeitabschnitte,die über eine Episode (Handlung,Ereignis),einen Tageslauf oder ein bestimmtes Jahr (z.B.Währungsreform) hinausgehen, kommt als zusätzliche Variable die Zeitperspektive in den Blickpunkt.
Daseinstechniken können als punktuell auftretend geschildert werden (vgl.Beisp.32) oder sich auf längere Zeitabschnitte beziehen (vgl.Beisp.22), sie können während einer bestimmten Zeit des Lebens dominant gewesen,später jedoch durch andere Techniken abgelöst worden sein (Beisp. 7).Ähnliches gilt für den umgekehrten Fall: Verhaltensweisen,die in der Vergangenheit nicht oder nur in geringem Maße auftraten,kommen in der Gegenwart erstmals vor oder akzentuieren sich stärker (Beisp. 26).
Die unterschiedliche Betonung von Formen der Auseinandersetzung in bestimmten Lebensabschnitten ließe sich noch relativ problemlos quantifizieren,wenn die subjektive Gliederung des Lebenslaufes der Patienten der Gliederung des vom Untersucher benutzten Anamneseleitfadens entspräche.
Die subjektiv empfundene bzw. mitgeteilte Gliederung des eigenen Lebens scheint sich jedoch eher an den für den einzelnen wesentlichen Ereignissen zu orientieren,die interindividuell sehr variieren können (vgl. LEHR 1961; THOMAE 1968,204ff).
Zu den subjektiv besonders wesentlichen Zäsuren gehören bei dieser Patientengruppe natürlich vor allem krankheitsspezifische Ereignisse (Blutungen),die die Betroffenen für Monate oder Jahre ans Bett fesselten.Die damit verbundene soziale Isolation,das zwangsläufige Fernbleiben von Schule oder Arbeitsplatz und die späteren Wiedereingliederungsschwierigkeiten werden von den Patienten meist als psychische Traumata und persönlichkeitsbeeinflussende Einschnitte empfunden.Dies gilt jedoch nicht für alle : manchen Patienten "fehlen" diese Monate oder Jahre in ihrer Erinnerung weitgehend und/oder sie messen ihnen heute für ihre eigene Entwicklung wenig Bedeutung zu.Abgesehen von der unterschiedlichen Bewertung solcher

Ereignisse,lassen sich diese in ihrem Autreten interindividuell auch selten vergleichen.Dasselbe gilt für Todesfälle in der Familie oder im Freundeskreis,für Ehescheidung der Eltern etc.
Um die Individualität solcher Zeitperspektiven einmal aufzuzeigen, wurden im Protokoll des von einem 33jährigen Patienten berichteten Lebenslaufes die auftauchenden Techniken gezählt und Zeitpunkten oder Zeitabschnitten (Jahre und Ereignisse) zugeordnet.Zur besseren Übersicht sind die einzelnen Verhaltensweisen unter den jeweiligen großen Kategorien zusammengefaßt worden (vgl. Abb. 1).
Während sich die Äußerungen über den Umgang mit Situationen bei diesem Patienten noch relativ gut bestimmten Zeitpunkten oder -abschnitten zuordnen ließen,finden sich in den Lebenslaufschilderungen manch anderer Patienten sehr allgemein gehaltene Aussagen.
Die Wahrscheinlichkeit,konkret zeitbezogene Angaben zu erhalten, nimmt sicherlich mit der Differenzierungsfähigkeit und Äußerungswilligkeit des jeweiligen Probanden oder Patienten zu und hängt auch ab von den ihm zum Zeitpunkt der Untersuchung verfügbaren Erinnerungen.
Es ist nicht zu erwarten,daß sich Patienten oder Probanden der Details ihres Lebenslaufs ständig bewußt sind und diese jederzeit äußern können.
Gerade auch jüngere Patienten scheinen - verständlicherweise -mehr an der Gegenwart und Zukunft als an Retrospektiven interessiert zu sein.Die Bemerkung,daß man sich erstmals an etwas erinnere,daß noch niemand danach gefragt oder daß man sich darüber noch keine Gedanken gemacht habe,ist von Patienten häufiger zu hören.Der Wunsch, unangenehme Ereignisse oder Zeiten zu vergessen,ist ebenfalls verantwortlich dafür,daß manche Angaben unscharf bleiben.
Neben diesen Einschränkungen,die auf "Mängel" seitens der Probanden zurückzuführen sind,lassen sich auch unklare Äußerungen fest - stellen,die"zu Lasten" des Untersuchers gehen.
So ist es sicherlich zuweilen möglich,Angaben konkretisieren zu lassen,wenn man genügend insistiert.Jedoch wirkt sich ein inquisitorischer Fragestil in der Regel sehr störend auf die Untersuchungssituation aus: entweder verstummt der Patient,wird ärgerlich,oder erlegt sich ohne Überzeugung dem Untersucher zuliebe fest.Zur Vermeidung solcher unerwünschten Effekte werden sicherlich zuweilen

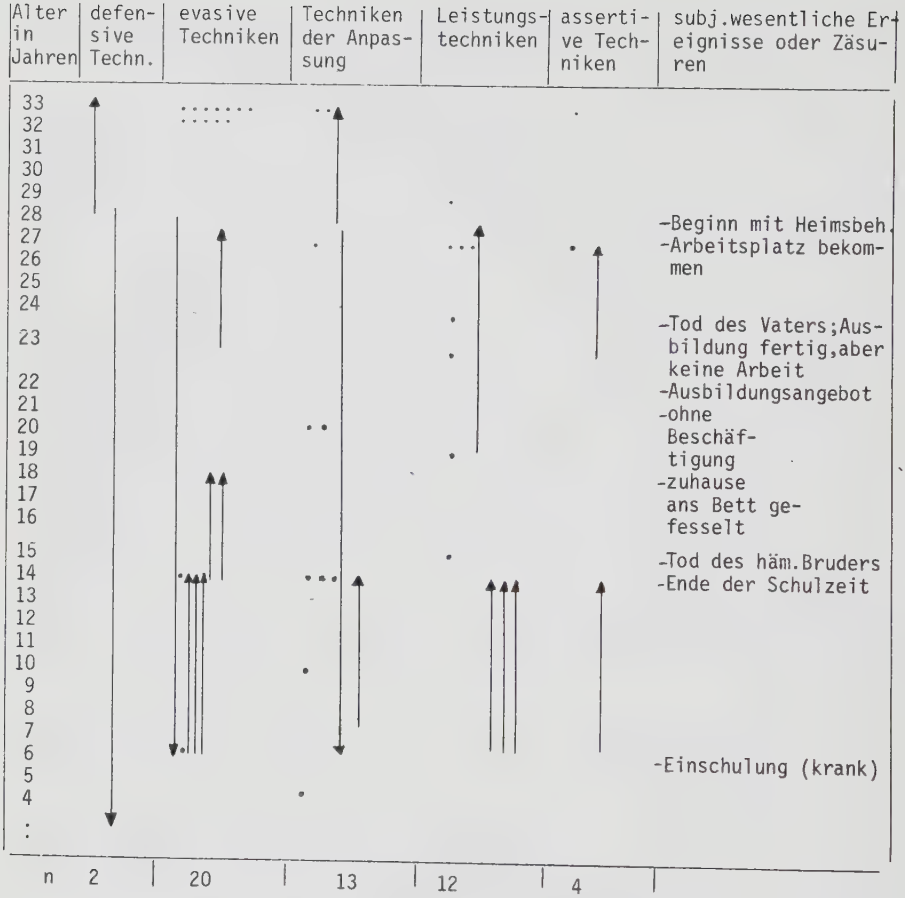


Abb.1: Daseinstechniken eines 33jährigen hämophilen Patienten,wie sie sich in seinem berichteten Lebenslauf widerspiegeln.
(Die Pfeile sollen die Zeitperspektive symbolisieren,die sich aus der Schilderung des Patienten ergeben.Beisp.:
↑ "Das begann etwa zu der Zeit,als mein Vater starb.."
↓ "Vorher habe ich immer so getan,als wäre ich nicht krank.."
Ein Punkt bedeutet,daß sich die Technik nur auf ein bestimmtes Ereignis oder einen kurzen Zeitraum bezieht)

Fragen zur zeitlichen Präzisierung zurückgehalten.
Zusammenfassend läßt sich festhalten,daß eine eindeutige Zuordnung von "Techniken" zu bestimmten Zeitpunkten oder -abschnitten - bezogen auf die Methode der biographischen Anamnese - nicht möglich ist.Verantwortlich dafür sind situative und probandenspezifische Parameter.Bieten Patienten in ihren Berichten zeitliche Zuordnungen an,orientieren sich diese vorwiegend an subjektiv wesentlichen Zeitpunkten des Lebens und weniger an "Phasen" oder "objektiven" Einschnitten.
Übereinstimmende zeitliche Gliederungen,die einen interindividuellen Vergleich ermöglichen,liefert die biographische Anamnese also eo ipso nicht.

4.5.2 Möglichkeiten der Gliederung des Lebenslaufs

Dem oben erwähnten Dilemma der zeitlichen Zuordnung können sich Längsschnittstudien weitgehend entziehen,da die jeweilige interessierende Zeitspanne relativ kurz ist und es gerechtfertigt,wenn auch nicht ganz unproblematisch,erscheint,diesen Zeitraum als einen Zeitpunkt zu betrachten,der keiner weiteren Gliederung bedarf. Da die skizzierten Ansätze von LAZARUS,HAAN und THOMAE weitgehend auf Längsschnittstudien basieren,erübrigt sich bei diesen Autores eine Diskussion dieses Problems.

LAZARUS geht zwar auf den Zeitaspekt ein (LAZARUS und LAUNIER, im Druck,vgl. auch S. 47); seine Einteilung in "past-present"und "future" bezieht sich jedoch auf den thematischen Charakter der zu bewältigenden Situationen und bezeichnet lediglich den zeitlichen Aspekt der Situationen,mit denen der Proband sich auseinandersetzt.

So interessiert beispielsweise die Frage,ob ein Proband vor 5 Jahren in derselben Weise mit Situationen,die damals für ihn in der Zukunft lagen,umging,wie er es heute mit zu erwartenden Reizkonstellationen tut.

Der hier zu diskutierende Zeitbezug bleibt davon unberührt und läßt sich m.E. durch diese Einteilung - wollte man sie entsprechend übertragen - nicht adäquat erfassen.

Eine andere Möglichkeit,die genannte Schwierigkeit zu umgehen, liegt in der Einzelfallstudie bzw. Einzelfalldarstellung,bei der jedoch verschiedene Formen unterscheidbar sind.

Psychiatrische Einzelfalldarstellungen dienen der Veranschaulichung psychopathologischer Krankheitsbilder.Die Schilderungen sind z.T. sehr plastisch,beschränken sich jedoch auf die Beschreibung entsprechender Symptome und Prodromalstadien (BLEULER 1972; SCHULTE und TÖLLE 1973 u.a.).

Da Psychoanalytiker mehr Wert auf die Genese der psychischen Erkrankung legen,decken ihre Einzelfalldarstellungen in der Regel einen größeren biographischen Zeitraum ab.Kennzeichen dieser für Psychoanalytiker üblichen Darstellungsform sind Detailliertheit, Ausführlichkeit und ein ausgeprägt interpretativer Charakter der Schilderungen (FREUD 1905; RICHTER 1970; REICH 1971 u.a.).

Während bei der eben genannten Richtung der Zeitaspekt meist in Form tiefenpsychologisch relevanter Altersphasen,denen besondere Beachtung geschenkt wird,Berücksichtigung findet,ist (darüber hinaus) bei psychosomatisch relevanten Fragestellungen die zeitliche Koinzidenz bzw. Dissidenz von Ereignissen und Reaktionen von besonderem Interesse (v.UEXKÜLL 1968; ALEXANDER 1971; BALINT und BALINT 1976 u.a.).Einzelfalldarstellungen und Gruppenvergleiche schließen sich in den entsprechenden Arbeiten meistens gegenseitig aus.Vergleichbar sind nur Dynamik und Ablauf des vom Einzelfall und von Zeitpunkten abstrahierten Konfliktgeschehens.
Möglich ist jedoch auch eine kombinierte Darstellung: neben der Kennzeichnung individueller biographischer Linien werden Patientengruppen hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede in bestimmten "Altersphasen" betrachtet (CLAUSER 1963,KIPNOWSKI 1978) Handelt es sich um eine größere Anzahl von Patienten oder Probanden und geht es nicht um spezielle Auslösesituationen wie bei der ätiopathogenetischen Betrachtungsweise psychofunktioneller Stö - rungen oder psychosomatischer Erkrankungen,ist diese Darstellungsweise jedoch weniger gut geeignet.
Liegt der Beginn einer Krankheit,eines Leidens oder -allgemein - einer Belastung im Erwachsenenalter,eröffnet sich die Möglichkeit, primäre und sekundäre Verarbeitungsformen zu unterscheiden. STEINHAUSEN (1977) stellte bei Eltern,die erfuhren,daß ihr Kind an einer unheilbaren Krankheit leidet,hinsichtlich der psychischen Verarbeitung eine Initial-,Intermediär- und Endphase fest,in denen jeweils andere Formen der Auseinandersetzung dominierten. Genauere Daten führt STEINHAUSEN jedoch nicht an.
Auch HAMBITZER (1962) verzichtet weitgehend auf eine Quantifizierung des Zeitaspektes und führt in einer Tabelle (a.a.O.,246ff) lediglich pro Patient die dominanten Daseinstechniken für die Zeiträume 1 bis 3 Jahre,4 bis 6 Jahre und 7 bis 10 Jahre nach Eintritt der Körperbehinderung auf.Er kommentiert diese Methode je - doch kritisch: "Das Problem dieser tabellarischen Darstellung besteht in der Unmöglichkeit,die zeitliche Begrenzung der von einer Form des Agierens und Reagierens bestimmten Lebensphase genau wiederzugeben.Mit dieser Übersicht soll jedoch lediglich aufgezeigt werden,welche Fälle nach dem Eintritt der Behinderung bzw. im Ver-

lauf ihrer Bemühungen um eine Bewältigung und Verarbeitung ihres Schicksals eine Veränderung in ihrer Haltung dem Dasein gegenüber erkennen lassen"(a.a.O.,255).
Da sich bei den Patienten der vorliegenden Untersuchung jedoch die Krankheit bereits im Kindesalter manifestierte,erscheint eine Differenzierung in Reaktionsphasen (STEINHAUSEN,HAMBITZER) nicht sinnvoll.
Es wird deutlich,daß eine differenzierte zeitliche Zuordnung der mittels einer nicht vollstandardisierten Methode gewonnenen Äußerungen von Probanden im interindividuellen Vergleich sehr schwierig ist.
Um auch den Gesprächsprotokollen gerecht zu werden,die nur wenige exakte zeitliche Zuordnungen gestatten,wird als kleinster gemeinsamer Nenner folgende Lösung gewählt:
Verhaltensweisen (Techniken),die der Patient als in der Vergangenheit liegend schildert,werden der Kategorie früher zugeordnet.
Verhaltensweisen,die für den Patienten heute erstmals aktuell sind bzw. die er als in der Gegenwart verfügbar schildert,gehören der Kategorie heute an.Eine Verhaltensweise,die sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart auftritt,soll in beiden Kategorien erscheinen,eine mehrstufige Skala ermöglicht die Akzentuierung unterschiedlicher Ausprägungen (s.u.).
Es muß an dieser Stelle betont werden,daß die Feststellung von Unterschieden zwischen "früher" und "heute" nicht als Veränderungsmessung zu verstehen ist.Als wesentlich werden vor allem die Techniken betrachtet,die zur Zeit der Untersuchung vom Patienten als aktuell geschildert werden.Jedoch sollen auch die Veränderungen Berücksichtigung finden,sie sich explizit aus der Sicht der Patienten bezüglich der Techniken ergeben haben.Eventuell festzustellende diskrepante Ausprägungen von Formen der Auseinandersetzung zwischen "früher" und "heute" sind also als von den Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung wahrgenommene und berichtete eigene spezifische Entwicklung zu interpretieren.

4.6 Das Ratingverfahren

Die Auswertung der Gesprächsprotokolle wurde zusammen mit Frau Dipl.Psych.Dr.phil.S.Ludwig in Form eines 'conference-ratings'vorgenommen.
Das bei jedem 7.Protokoll durchgeführte unabhängige Rating zeigte bei einem Vergleich der Einzelergebnisse folgendes:
Über die Zuordnung von Techniken zu Patienten(aussagen) gab es so gut wie keine Diskrepanzen.Unterschiede,die im Laufe des Ratingverfahrens abnahmen,zeigten sich bei der Einschätzung der Ausprägung (s.u.) der jeweiligen Formen der Bewältigung.Dies ist sicherlich darauf zurückzuführen,daß der Untersucherin alle Patienten persönlich bekannt und kognitiv weitgehend präsent waren,so daß bereits ein Vergleichsmaßstab vorlag.
Nach Auswertung aller -nach einem Zufallsprinzip geordneten-Protokolle wurden die Patienten mit gleichen extremen Punktwerten noch einmal miteinander verglichen,um zu kontrollieren,ob ein systematischer Reihenfolgeeffekt eingetreten war.Außerdem zielte diese Prüfung auf eine Minimierung des Kontrasteffektes ab,der bei Protokollen auftreten kann,in denen die meisten Techniken nur sehr gering ausgeprägt sind und nur wenige Techniken stärker hervortreten.Diese Formen der Bewältigung zeigen für den jeweiligen Patienten dann zwar eine gewisse Dominanz,im Vergleich zu anderen Patienten der Gruppe sind diese Techniken aber möglicherweise nur schwach ausgeprägt.
Zur Erleichterung des Ratingverfahrens wurden die 25 Techniken mit einer Kurzfassung ihrer Definitionen auf 4 Formblättern zusammengestellt (vgl. S. 112bis 115).
Am Kopf dieses Auswertungsschemas befindet sich die Darstellung und Definitionder beim Rating verwendeten Skala.Die Wahl einer 4-, bei Berücksichtigung des Nullratings 5-stufigen Skala schien den Gesprächsprotokollen am ehesten zu entsprechen.Eine weitergehende Klassifizierung hätte den Differenzierungsgrad zahlreicher Protokolle überschritten und somit die Urteilsbildung der Rater sehr erschwert.
Eine über das Rangdatenniveau hinausgehende Skalendignität kann nicht angenommen werden.

Auswertungsblatt (1) Name/CodeNr.:.....

Ausprägungsgrade :	1	2	3	4	0
	gerade erkennbare,sehr geringe Ausprägung,sehr seltenes Auftreten	gut erkennbare Ausprägung kommt manchmal vor	deutliche Ausprägung kommt ziemlich häufig vor	sehr starke Ausprägung kommt ausgesprochen oft vor	tritt nicht auf

Zeitlicher Bezug: früher (frü) heute (he)

Inhaltlicher Bezug: -unmittelbare Krankheitszeichen,mittelbare Krankheitsfolgen(Krankh)
-Ausbildung/ Beruf (AusBe)
-Sozialer Bereich/Kontaktbereich (Soz)

I.Defensive Techniken= T.,die dazu dienen,eine potentielle Bedrohung vom Eindringen in das Bewußtsein abzuhalten

1.Perceptual defense= Nicht-Wahrnehmen-Wollen,Nicht-Wahrhaben-Wollen einer Bedrohung

Krankh.		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

2.Selbstbetäubung= Versuch,potentielle Bedrohung mittels bewußtseinsbeeinflussender Substanzen o.a. vom Eindringen ins Bewußtsein abzuhalten

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

3.Risk-Taking= gefährliche Situationen/Aktivitäten aufsuchen →Angstunterdrükkung

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

II.Evasive Techniken= T.,die dazu dienen,die Bewältigung einer erkannten "fordernden" Situation zu umgehen/aufzuschieben/abzuschieben

4.Hinausgehen aus dem Spannungsfeld=physische Entfernung von einer Bewältigung fordernden Situation

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

5.Meiden angsterregender Situationen= Bedrohliche Situationen werden gemieden, bevor sie eintreten

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

6.Sich überlassen an den Gang der Ereignisse=Aufschieben/Umgehen einer Auseinandersetzung durch Passivität

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

7.Tendenz,andere Personen oder Umstände für eigene Verhaltensweisen oder Schwierigkeiten verantwortlich zu machen=externale Kausalattribuierung→"andere sind schuld"

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

Auswertungsblatt (2) Name/CodeNr.:.....

8. Tendenz,andere für sich entscheiden/sorgen zu lassen:"Andere sollen sich damit auseinandersetzen,ich kann das nicht/will das nicht"."Andere sorgen für mich/sollen für mich sorgen.Ich kann das selbst ja nicht/ich will das nicht" ..habe ein Recht darauf" (regressiv)

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

9. Rationalisieren=Unwahrscheinliche,"eigennützige" Konsequenzen aus Ereignissen ziehen; unwahrscheinliche Gründe für eigene Handlungen anbieten;Ereignisse auf wenig plausible Art miteinander verknüpfen --- sozial akzeptable Gründe für eigene Verhaltensweisen finden

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

10. Intellektualisieren=Vom Thema abschweifen,stilistisch unpassende Formulierungen,Ausweichen in (durchaus plausible) Begründungen,um Affekte in Distanz zu halten

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

11. Bagatellisieren= Pot.bedrohliche Situation wird erkannt,aber als wenig wichtig abgetan

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

12. Niedergeschlagenheit

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

13. Innere Distanzierung=Sich von anderen innerlich entfernen (wollen),sich anderen fern fühlen (wollen),evt. auch durch Abwertung anderer

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

14. Psychophysiologische Reaktionsbildung=überschießende psychophysiologische Reaktion,meist Simultangeschehen,i.d.Regel ohne morphologische Veränderungen,z.B.Stottern,gastro-intest.Beschwerden,psychisch bed.Spontanblutungen, positiv. Nachweis !

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

III. Autoplastische Anpassung= Sich angleichen an Bedingungen (innere o.äußere) Individuum ist abhängige Variable,weniger Energieaufwand als allopl.Anp.

15. Eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einbeziehen= Individuum "sieht ein",daß mangels eigener Möglichkeiten o.Fähigkeiten die Befriedigung eines oder mehrerer Bedürfnisse nicht möglich ist

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

Auswertungsblatt (3) Name/CodeNr.:.....

16. Anpassung an institutionelle und/oder sachliche Aspekte der Situation=Individuum "sieht ein",daß es wegen äußerer Widrigkeiten auf die Befriedigung eines/mehrerer Bedürfnisse verzichten muß,paßt sich verhaltensmäßig an die äußeren Beschränkungen an

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

17. Tendenz,sich an Bedürfnissen und Normen anderer zu orientieren und sich an diese anzupassen=Verhaltensmäßige Übernahme von Normen u.Bedürfnissen anderer mit weitgehender Internalisierung dieser Vorstellungen;Identifizierung

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

18. Aufgreifen von Chancen=Ausnutzen von mehr oder minder zufälligen Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung.Mittlerer Energieaufwand

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

19. Positive Umdeutung=Hervorheben positiver Aspekte einer insgesamt nicht so erfreulichen Situation (kognitiv)

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

20. Ausdrückliches Bejahen (einer Situation)=Konstatieren der(momentanen) Übereinstimmung zwischen Bedürfnislage und erlebter Realität

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

IV. Alloplastische Anpassung (Leistungstechniken) = Der Umwelt mit "gestaltender Eigentendenz" gegenübertreten; freiwillig erbrachter (hoher) Energieaufwand; Umwelt ist abhängige Variable

21. Kognitive Leistungstechniken= Aktivitäten,die mit Kenntniserwerb,Kenntniserweiterung zusammenhängen; auch Informationssuche

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

22. Koordinative Leistungstechniken= sozial-integrative Bemühungen,"Stiftung und Pflege von Kontakten"; Engagement in Gruppen etc.

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

23. Direktive Leistungstechniken= Einflußnahme auf andere im Sinne der eigenen Intention; Steuerung des eigenen Verhaltens ; Willensleistung;(z.B. im Beherrschen von Schmerzen oder auch unakzeptierten Impulsen;sich überwinden)

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

24. Kreative Leistungstechniken=Freiwillig erbrachte Leistung+Gütemaßstab d.eigenen Werkes

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

Auswertungsblatt (4) Name/CodeNr.:.....

V.Assertive Techniken= Sich wehren,sich behaupten unter Inkaufnahme möglicher Schädigungen anderer oder sich selbst.Reaktive Aggression,n defendance

25.Sich gegen empfundene Benachteiligung zur Wehr setzen und/oder sich gegen Widerstand behaupten

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

Weitere Techniken,die sich den bisher definierten nicht zuordnen lassen:

26.....
.....

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

27.....
.....

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

28.....
.....

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

29.....
.....

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

30.....
.....

Krankh		AusBe		Soz	
frü	he	frü	he	frü	he
...	...	...	...	...	...

4.7 Weitere in dieser Untersuchung verwendete Verfahren

4.7.1 Biographischer Erhebungsbogen

Um den Gesprächsverlauf möglichst wenig mit Faktenfragen zu belasten,die sich auf Daten zur Entwicklung,zur sozialen Situation und zur Krankheit beziehen,wurde ein von den Patienten schriftlich auszufüllender Erhebungsbogen erstellt (vgl. Anhang,S.198ff). Dieser Bogen enthält kurze Fragen zur psychomotorischen Entwicklung,zu Trennungszeiten von den Eltern in der frühen Kindheit und Schulzeit,zu schul- und ausbildungsrelevanten Bereichen,zur gegenwärtigen beruflichen und sozialen Situation,zu Ausbildung,Beruf und Gesundheitszustand der Eltern etc.
Bezogen auf die Hämophilie wird u.a. nach dem Alter bei Diagnosestellung,nach der Familienanamnese,dem Beginn der Heimselbstbehandlung und nach der Informationsquelle gefragt,die den Patienten veranlaßte,das Bonner Hämophiliezentrum aufzusuchen.
Da sich herausgestellt hatte,daß unter den Patienten,die glaubten und angaben,der Erbgang der Hämophilie sei ihnen bekannt,doch einige waren,die nicht richtig Bescheid wußten,wurden vier Fragen nach dem multiple-choice-Verfahren zum Erbgang der Krankheit vorgegeben.
Schließlich sollten die Patienten auf einer 7-stufigen Skala einschätzen,ob bzw. wie sehr die Heimselbstbehandlung ihr Leben verändert,ihre Fehlzeiten im Beruf vermindert,ihren Kontakt zu anderen verbessert,ihre Selbstsicherheit erhöht und ihre Blutungsfrequenz gesenkt hatte.

4.7.2 Zur Erfassung von "Patienten-Compliance"

An anderer Stelle wurde schon auf unterschiedliche Ansichten über die Adäquatheit von Bewältigungsformen und auf die grundsätzliche Schwierigkeit, Kriterien für die Effektivität von Daseinstechniken zu finden, hingewiesen (vgl. 3.1.3; 3.2; 4.2)
Hauptanliegen dieser Untersuchung ist es ja zunächst lediglich, im Sinne von LAZARUS festzustellen, " how..(hemophilic)..people cope" (vgl. 3.1.3). Inwieweit die jeweils gezeigten Formen der Bewältigung für das Individuum oder die Gesellschaft insgesamt als eher negativ oder positiv zu bewerten sind, kann hier nicht entschieden werden.
Es liegt jedoch nahe und erscheint legitim, die Daseinstechniken auch unter dem spezifischen Aspekt zu betrachten, inwieweit sie mit dem rehabilitativen Verhalten der Patienten in einem Zusammenhang stehen.
Wie schon erwähnt, handelt es sich bei der medizinischen Behandlung der Hämophilie um eine äußerst kostspielige Therapie, bei der die Mitarbeit der Patienten eine wichtige Rolle spielt. Sieht man davon ab, daß die Nichtbefolgung notwendiger therapeutischer Maßnahmen für den jeweiligen Patienten in der Regel selbst unmittelbare oder mittelbare negative Folgen hat wie Schmerzen, Behinderung etc., muß ungenügende Kooperation auch unter dem Aspekt der finanziellen Belastung für die Allgemeinheit betrachtet werden. Dieses Problem, dessen Erforschung zumindest im deutschsprachigen Raum noch in den Anfängen steht, ist nicht hämophiliespezifisch.
So soll beispielsweise die mangelnde Befolgung therapeutischer Maßnahmen durch Hypertoniepatienten pro Jahr in der BRD 150 bis 180 Mio DM Mehrkosten verursachen (FRIESEWINKEL 1977, 13).
Bezogen auf den gesamten pharmazeutischen Markt ergibt sich durch die Nicht-Einnahme von 35-45% aller verschriebenen Medikamente eine jährliche volkswirtschaftliche Belastung von 2,7-3 Milliarden DM (a.a.O.). Dabei ist anzumerken, daß sich diese Zanlen nur auf die Nicht-Einnahme von Medikamenten beziehen und daß weder andere kurativ-rehabilitativen Maßnahmen noch die Folgeschäden in diese Berechnungen eingehen. Betrachtet man diese Konsequenzen mangelnder Mitarbeit von Patienten (Non - Compliance), erscheint es notwendig,

die Faktoren,die kooperatives bzw. nicht-kooperatives Patientenverhalten (mit)bedingen oder beeinflussen können,näher zu beleuchten.
Wie KASL (1975) in einer Übersicht über anglo-amerikanische Arbeiten anmerkt,sind die ärztliche Führung und das familiäre Milieu wesentliche Prädiktoren für (non)kooperatives Patientenverhalten, das außerdem nicht als zeitstabile Größe betrachtet werden könne. Da weder eine Langzeitstudie noch eine Berücksichtigung des familiären Milieus und eine Analyse der Arzt-Patienten-Beziehungen in diesem Zusammenhang möglich sind,kann die vorliegende Untersuchung nur einen am Rande anzusiedelnden Beitrag zu diesem Problem leisten.Es soll untersucht werden,ob zwischen Compliance einerseits und Formen der Verarbeitung andererseits Beziehungen bestehen.
Um einen Anhaltspunkt für den Grad der Patienten-Compliance zu erhalten,wurden der zuständige Hämatologe,Herr Dr.H.H.Brackmann vom Institut f. exp.Hämatologie und Bluttransfusionswesen der Universität Bonn,und der zuständige Orthopäde,Herr Priv.Doz.Dr.P.Hofmann von der Orthopäd.Univ.Klinik Bonn,die beide die Hämophiliepatienten kontinuierlich betreuen,um eine Einschätzung des rehabilitativen Verhaltens der hier untersuchten Patienten gebeten (Formblatt vgl. Anhang S. 205).Das Rating führten die beiden Ärzte unabhängig voneinander durch.

4.7.3 Zur Erfassung (von Aspekten) des Selbstbildes

Neben der Fremdeinschätzung durch Psychologen und Ärzte sollte auch eine standardisierte Methode zur Selbsteinschätzung der Patienten bzgl. einiger Aspekte des Selbstbildes verwendet werden.
Es wurde der Gießen-Test (S) von BECKMANN und RICHTER (1975) gewählt, da er sowohl eine Aussage über die emotionale Grundbefindlichkeit (Skala 4) als auch über soziale Beziehungen (Skalen 1 und 6) aus der Sicht des Individuums zuläßt.
Die begrenzte Zahl der Items (40) und die ansprechenden Formulierungen lassen den Gießen-Test als ein für den Patienten zumutbares Zusatzinstrument erscheinen.
Obwohl die Beantwortung zahlreicher Einzelitems dieses Fragebogens für die vorliegende Fragestellung durchaus von Interesse ist, wurde in diesem Zusammenhang die Gruppenauswertung nur über die 6 Standardskalen vorgenommen.
Dies geschah einmal, um die Zahl der Variablen pro Patient überschaubar zu halten.
Zum anderen weisen die Items gegenüber den Skalen eine bedeutend geringere Re-Test-Reliabilität auf, nämlich r=.3 gegenüber r=.72, bezogen auf 204 Befragte bei Testwiederholung nach 6 Wochen (BECKMANN und RICHTER 1975, 33f).
Auf die Beschreibung der bekannten Skalen wird an dieser Stelle verzichtet, da im Ergebnisteil noch einmal darauf einzugehen sein wird.

4.8 Hypothesen,Vorannahmen

Da die vorliegende Arbeit-bezogen auf das Untersuchungsinstrument- den Charakter einer Erkundungsstudie hat,können die Hypothesen nur sehr unspezifisch bleiben.
Hinsichtlich der Auftretenshäufigkeiten von Techniken ist vorherzusehen,daß wegen der Spezifität einiger Formen der Bewältigung (z.B. T2,T3) nicht alle Kategorien gleich häufig besetzt sein werden.Dieser Umstand ist,da er die Verrechnung erschwert,nicht wünschenswert,erscheint jedoch auch nicht vermeidbar.
Es wird vermutet,daß in den drei Bereichen unterschiedliche For - men der Verarbeitung -über die Gruppe hinweg - dominieren.So ist zu erwarten,daß Leistungstechniken eher im Bereich 'Ausbildung/ Beruf',Formen der Abwehr eher im Bereich 'Krankheit' und evasive, assertive und Anpassungstechniken eher im 'Sozialbereich' eingesetzt werden.
Für die Beziehungen zwischen den Techniken bestehen nur wenige Hypothesen.
So wird angenommen,daß'Wahrnehmungsabwehr'mit 'Niedergeschlagenheit' negativ korreliert (HAAN).
Ebenfalls eine negative Beziehung ist zwischen 'Bejahen' und 'Niedergeschlagenheit' zu postulieren.
Hinsichtlich der Beziehung zwischen Techniken und anderen Varia - blen lassen sich einige speziellere Hypothesen formulieren.
Compliance: Da anzunehmen ist,daß der konsequenten Befolgung rehabilitativer Maßnahmen solche krankheitsbezogenen Techniken entgegenstehen,die dem Zweck dienen,die Schwere der Krankheit oder von Krankheitssymptomen abzuwehren (GAUS und KÖHLE 1979),ist zu erwarten,daß 'perceptual defense' mit dem Grad von 'Compliance' negativ korreliert.Andererseits kann vermutet werden,daß die Patienten,die ihre Krankheitssituation bejahen und die bezüglich ihrer Krankheit über ein höheres Maß an 'Willensleistung' - vor allem bei der Überwindung von Schmerzen - berichten,auch mehr Mitarbeit im medizinisch-therapeutischen Bereich zeigen.
Behinderung: Es ist anzunehmen,daß mit zunehmender Schwere der Körperbehinderung die Tendenz,diese wahrnehmungsmäßig abzuwehren, abnimmt,da die mittelbaren Krankheitsfolgen "unübersehbar" gewor-

den sind.Dahingegen ist zu erwarten,daß angesichts der relativen Unveränderbarkeit der Situation die Neigung zur'positiven Umdeutung' zunimmt (vgl. THOMAE 1976,158).
Heimselbstbehandlung: Man kann vermuten,daß die Patienten mit zunehmender Dauer der Heimselbstbehandlung im Ausbildungs- und Berufsbereich weniger eigene Grenzen sehen (T15) und weniger Anlaß haben,sich an institutionelle Aspekte anzupassen (T16).
Gleichzeitig wird analog zu entsprechenden Erfahrungen mit der Heimselbstbehandlung (vgl. HEIER 1975) erwartet,daß mit der Dauer der Heimselbstbehandlung die sozialen Aktivitäten (koordinative Leistung) zunehmen.

4.9 Statistische Auswertung

Die Möglichkeiten einer statistischen Analyse der Daten waren durch zwei Faktoren eingeschränkt:
Wegen der unterschiedlichen und z.T. geringen Besetzung mit Ratings größer Null konnten Kategorien in eine inferenzstatistische Auswertung nicht einbezogen werden.
Eine weitere Restriktion ergab sich aus der auf das Rangdatenniveau beschränkten Skalendignität der meisten Daten.
Bei Berücksichtigung dieser beiden Aspekte wurde folgende Vorgehensweise gewählt:
Zur Darstellung der absoluten und relativen (prozentualen) Auftretenshäufigkeiten einzelner oder zusammengefaßter Daseinstechniken und einiger anderer Variablen in dieser Untersuchungsgruppe wurden Tabellen und -vor allem- Histogramme benutzt. Häufigkeitsvergleiche konnten mittels Chi^2- Verfahren vorgenommen werden.
Die Analyse (linearer) Zusammenhänge zwischen ausreichend besetzten Kategorien und anderen Variablen geschah mittels Rangkorrelationen, wobei der für "ties" relativ unempfindliche KENDALL-tau-Koeffizient gewählt wurde.
Zur Aufdeckung komplexerer Zusammenhänge oder Strukturen von Variablenbeziehungen kam die hierarchische Clusteranalyse zur Anwendung (Maximum-Methode n.S.C.JOHNSON 1967 ; vgl. OSIRIS-Program). Die Berechnungen wurden auf IBM 370/168 des RHRZ Bonn durchgeführt.

5 Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde im Zeitraum von Januar bis Dezember 1978 in der Orthopädischen Universitätsklinik Bonn durchgeführt.
Es hatte sich gezeigt,daß sich eine psychologische Untersuchung nur schwer in den Ambulanzbetrieb integrieren läßt,da die Patienten wegen zahlreicher Untersuchungen und Termine wenig Zeit ,Ruhe und Motivation für ein längerdauerndes Gespräch haben.Aus diesem Grund sind in diese Untersuchung mehr stationär als ambulant behandelte Patienten einbezogen worden.
Der Zweck und das Anliegen der Untersuchung wurde den Patienten vorher mitgeteilt,außerdem erhielten sie den biographischen Erhebungsbogen mit der Bitte,ihn vor dem Gespräch auszufüllen.
Zwei Patienten lehnten ein Gespräch ab; einer äußerte grundsätzliche Bedenken gegenüber einer psychologischen Untersuchung.Ein anderer fürchtete,daß sein Arbeitgeber durch diese psychologische Untersuchung von seiner Krankheit,die er bisher verschwiegen hatte,erfahren könnte.
Die Versicherung,die allen Patienten gegeben wurde,daß alle Äußerungen der Schweigepflicht unterliegen und die Anonymität bei der Darstellung der Ergebnisse gewahrt bleiben würde,konnte diesen Patienten nicht überzeugen.Ein weiterer Patient stimmte dem Gespräch zwar zu,wünschte jedoch -ebenfalls aus Angst vor berufli - chen Nachteilen - keine Tonbandaufnahme.
Alle anderen Patienten waren mit einer Tonbandaufnahme einverstanden.Nur einer machte von dem Angebot Gebrauch,das Band an einer für ihn heiklen Stelle des Gesprächs abschalten zu lassen.
Von den hämophilen Patienten,die in dem genannten Zeitraum in der Klinik lagen,wurden nur solche in die Untersuchung einbezogen,die mindestens 16 Jahre alt waren und an einer Hämophilie litten,die hämatologisch als schwer bis mittelschwer einzustufen ist (Restaktivität unter 5%).
Die Gespräche wurden in der Mittags- oder Abendzeit in einem ruhigen Zimmer der Klinik geführt und dauerten ca. 3 Stunden.Mit fast allen Patienten gab es darüber hinaus weitere Kontakte (schriftlich oder mündlich).In die Auswertung gingen jedoch aus Gründen der Vergleichbarkeit nur die Erstgespräche ein.

6 Ergebnisse

6.1 Demographische Daten

6.1.1 Alter und Wohnsitz der untersuchten Patienten

In die Untersuchung einbezogen wurden 43 hämophile Patienten,die sich zur ambulanten Sprechstunde (n=12) oder zur stationären Behandlung (n=31) in der Orthopädischen Universitätsklinik Bonn aufhielten.
Die Altersverteilung stellt sich wie folgt dar:

Tab.6 : Altersverteilung

Alter in Jahren	Häufigkeit
16 - 20	12
21 - 25	19
31 - 35	1
36 - 40	4
41 - 45	1
	43

Das Durchschnittsalter betrug 24,4 Jahre (s = 6,1).
Vier Patienten kamen aus deutschsprachigem Ausland,die anderen aus insgesamt 9 Bundesländern; 19 Patienten hatten ihren Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen.

6.1.2 Familienstand und Wohnarrangements

Verheiratet waren 7 Patienten;zwei Patienten waren geschieden.
Vier Patienten hatten Kinder.
Mit einem Mädchen befreundet oder verlobt waren weitere 15 Patienten,von denen während des Zeitraums der Untersuchung 5 heirateten und zwei Kinder bekamen.
Ein weiterer Patient ließ sich in dieser Zeit scheiden;ein Patient verstarb an einer mittelbar mit der Hämophilie im Zusammenhang stehenden Komplikation,die sich während seines ersten Ferienaufenthaltes in seinem Leben einstellte.
Von den Patienten ohne Partner waren 8 unter 20 Jahren, 9 zwischen 20 und 30 Jahren und 4 über 30 Jahre alt.
Hinsichtlich ihrer Wohnarrangements ergab sich folgendes Bild:

Tab. 7: Wohnarrangements der Patienten

Mit der Ehefrau (Verlobten,Freundin) wohnten	14 Patienten
Im Internat (für Schwerbehinderte) wohnten	3 Patienten
Bei den Eltern wohnten	26 Patienten
Gesamt	43

Sieben der bei den Eltern lebenden Patienten waren über 25 Jahre alt.

6.1.3 Art der Schulbildung und ihr Zusammenhang mit anderen Variablen

Hinsichtlich der Schulbildung der Patienten zeigte sich folgendes Bild:

Tab. 8: Schulabschluß (Patienten)

Schulabschluß		Häufigkeit
Kein Hauptschulabschluß		3
Hauptschulabschluß		25
davon ohne weitere Ausbildung:	6	
mit abgeschlossener Lehre oder äquivalenter Ausbildung:	15	
Mittlere Reife		4
davon noch auf dem Gymnasium:	2	
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife		10
Abgeschlossenes Hochschulstudium		1
Gesamt		43

Von den zehn Patienten mit fachgebundener oder allgemeiner Hochschulreife haben vier das Abitur über den zweiten Bildungsweg erreicht.

Um die Schulbildung auf eventuelle Zusammenhänge mit anderen Variablen prüfen zu können,war eine quantifizierende Codierung des Schulabschlusses notwendig.Es wurde folgende Klassifizierung gewählt:

(1) Kein Schulabschluß
(2) Hauptschulabschluß ohne weitere Ausbildung
(3) Hauptschulabschluß mit abgeschlossener Lehre oder äquivalenter Ausbildung

oder mittlere Reife ohne weitere Ausbildung
(4) Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
(5) Abgeschlossenes Studium an einer Gesamthochschule,einer Pädagogischen Hochschule oder einer Universität

Überraschenderweise ließen sich zwischen der Schulbildung der Patienten und anderen hier erhobenen Variablen nur wenige signifikante Beziehungen feststellen.
Die negativen Korrelationen zwischen Schulabschluß und den Gießen-Test-Skalen 2 (Dominanz) und 5 (Durchlässigkeit) entsprechen der von BECKMANN und RICHTER festgestellten Abhängigkeit dieser Skalen von der Schulbildung (vgl.6.3).
Bezogen auf die erfaßten Daseinstechniken ließen sich lediglich signifikante negative Korrelationen mit der Technik 'perceptual defense' im Krankheitsbereich (γ =-.25; $p < .05$) und mit der Technik 'Eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einbeziehen' im Ausbildungsbereich (γ = -.38; $p < .01$) eruieren.
Somit neigten in dieser Untersuchungsgruppe Patienten mit höherer Schulbildung weniger dazu,ihre Krankheit wahrnehmungsmäßig abzuwehren,und sie sahen bezüglich ihrer Ausbildung oder ihres Berufs bei sich weniger Grenzen als Patienten mit niedrigerer Schulbildung.Ob besserer Ausbildungsstand eine Folge der Neigung ist,sich mehr zuzutrauen,oder umgekehrt,läßt sich aus dieser Korrelation nicht ableiten.Beides ist denkbar und plausibel.
Aus der weitgehenden Unabhängigkeit der gezeigten Techniken von der Schulbildung und den niedrigen Interkorrelationen gleicher Techniken über die Bereiche hinweg läßt sich die Vermutung ableiten,daß die hier erfaßten Formen der Verarbeitung weniger personen- als situationsabhängig sind.Darauf wird aber weiter unten noch einzugehen sein.

6.1.4 Ausgeübte Tätigkeit und Einkommen der Patienten

Über die zum Zeitpunkt der Untersuchung ausgeübte Tätigkeit gibt Tabelle 9 (S.127) Auskunft.Die dort aufgeführten Angaben bedürfen einiger Erläuterungen.Von den vier arbeitslosen Patienten hatten drei gerade ihre Ausbildung abgeschlossen,in einem Fall war die Firma aufgelöst worden.Keiner der Patienten war länger als 4 Wochen arbeitslos.Alle 4 Patienten,die eine Rente bezogen,waren über 30J.alt

Tab. 9 : Ausgeübte Tätigkeit (Patienten)

Ausgeübte Tätigkeit	Häufigkeit
Schule	4
davon Hauptschule : 2 Gymnasium : 2	
Lehre oder eine äquivalente Ausbildung	6
Facharbeiter	2
Angestellte	15
Studium (Hochschule)	9
arbeitslos	3
Rentenempfänger	4
Gesamt	43

und seit mindestens 15 Jahren Frührentner.Das Rentenverfahren war jeweils automatisch wegen langer Fehlzeiten im Beruf eingeleitet worden.

Daß 5 der 9 Patienten mit Abitur ein Medizinstudium begonnen hatten,ist auffällig,aber nicht erstaunlich : die Motivation leitete sich z.T. aus eigenen Krankheitserfahrungen ab,zum anderen erhielten die Patienten als Schwerbehinderte sofort einen Studienplatz. Betrachtet man die Tabelle insgesamt und berücksichtigt außerdem, daß 5 der als Angestellte tätigen Patienten an Fortbildungskursen teilnahmen oder das Abendgymnasium besuchten ,sind es insgesamt 24 Patienten,die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Aus- bzw. Weiterbildung befanden.Daraus erklärt sich auch folgende Einkommensverteilung:

Tab.10: Einkommen der Patienten

Nettoverdienst in DM	Häufigkeit
weniger als 1000	24
davon Renten: 4 Ausbildungsgeld: 20	
1000 bis 1500	11
1500 bis 2000	6
über 2000	2
Gesamt	43

Vergleicht man den ursprünglichen Berufswunsch mit der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit bzw. Ausbildung,so ist nur bei 14 Patienten eine Übereinstimmung festzustellen.10 dieser Patienten gehören zu der Gruppe mit Gymnasialausbildung bzw. Hochschulreife.

6.1.4 Sozialer Status der Eltern

Hinsichtlich der Schulbildung der Eltern ergibt sich folgende Verteilung:

Tab. 11 : Schulabschluß der Eltern

Schulabschluß	Häufigkeit Vater	Mutter
Kein Schulabschluß	4	4
Hauptschulabschluß	31	34
Mittlere Reife	4	2
Abitur		1
Abgeschlossenes Studium	4	2
Gesamt	43	43

Während sich für den Schulabschluß bei Müttern und Vätern der Patienten etwa eine Gleichverteilung zeigt,sind hinsichtlich der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit große Unterschiede feststellbar: (R=Rentner, + = verstorben)

Tab. 12 : Ausgeübte Tätigkeit der Mütter

Ausgeübte Tätigkeit der Mütter	Häufigkeit
Vor der Heirat oder in der Ehe zeitweilig berufstätig gewesen	16(+)
davon: ungelernte Arbeiterinnen:	4
Facharbeiterinnen :	7
Angestellte :	3
höhere Angestellte oder Beamtin :	2
Weder vor noch in der Ehe berufstätig	27
Gesamt	43

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 38 Mütter Hausfrauen,4 davon arbeiteten zusätzlich in der Landwirtschaft oder im Geschäft mit. Anders stellt sich die Verteilung bei den Vätern dar:

Tab. 13 : Ausgeübte Tätigkeit der Väter

Ausgeübte Tätigkeit	Häufigkeit	(Rentner)	(verstorben)
ungelernte oder angelernte Arbeiter	12	R R	
Facharbeiter	10	R	+
Angestellte	7		
Höhere Angestellte oder Beamte	5	R	+
Selbständige	9	R R	+++
Gesamt	43	(6)	(5)

Vier Ehen der Eltern waren geschieden.

6.1.5 Geschwister

Nachstehende Tabelle gibt die Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe wieder:

Tab. 14 : Stellung in der Geschwisterreihe

Stellung in der Geschwisterreihe	Häufigkeit
1. Kind	23
2. Kind	9
3. Kind	6
4. Kind	3
.	
.	
7. Kind	1
8. Kind	1
Gesamt	43

Obwohl über die Hälfte der untersuchten Patienten Erstgeborene sind,waren nur 4 Patienten Einzelkinder.
Auf das Vorkommen von Hämophilie bei Geschwistern und anderen Anverwandten wird weiter unten noch eingegangen.

6.2 Klinische Daten mit psychologischer Relevanz

6.2.1 Schweregrad der Krankheit und Alter bei Diagnose

Bei der untersuchten Patientengruppe beträgt das Verteilungsverhältnis von Hämophilie A zu Hämophilie B etwa 6:1.
Bei allen Patienten liegt die Faktorrestaktivität unter 3%.Zur Einschätzung des Grades der Körperbehinderung wurde der unter 1.1 erläuterte Index verwandt.Danach ergibt sich folgende Verteilung:

Tab. 15 : Grad der Körperbehinderung

	leicht	mittel	schwer	Gesamt
Hämophilie A	9	16	12	37
Hämophilie B	3	1	2	6
Gesamt	12	17	14	43

Zwischen dem Alter und dem Grad der Körperbehinderung besteht bei dieser Gruppe eine zwar geringe,aber statistisch signifikante Korrelation von 0.21 ($p < .05$ nach Kendall-Tau),daß heißt,daß die älteren Patienten stärker behindert sind als die jüngeren.
Fast alle Patienten erklärten,daß sie schon einmal eine Hepatitis gehabt hätten.Außer dieser mit der Behandlung der Hämophilie im Zusammenhang stehenden Erkrankung und diversen Kinderkrankheiten wurden von den Patienten keine weiteren Erkrankungen ernsterer Art berichtet,die nicht unmittelbare oder mittelbare Folge der Hämophilie waren.
Bei den meisten Patienten wurde die Diagnose bereits innerhalb der ersten beiden Lebensjahre gestellt:

Tab. 16 : Alter bei Diagnose der Hämophilie

Alter	n
1.Lebensjahr	22
2.Lebensjahr	9
3.Lebensjahr	4
4.Lebensjahr	5
5.Lebensjahr	1
7.Lebensjahr	2
	43

6.2.2 Länge der Heimselbstbehandlung und Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Veränderungen aus der Sicht der Patienten

Fünf Patienten begannen zum Zeitpunkt der Untersuchung mit der Heimselbstbehandlung.Im Mittel praktizierten die Patienten diese Behandlungsform seit 2,2 Jahren (s=1,7).Die längste Behandlungs - dauer im Bonner Hämophiliezentrum betrug bei dieser Stichprobe 6,4 Jahre.Bis auf einen Patienten waren alle Mitglied der deutschen Hämophiliegesellschaft,jedoch hatten nur wenige auf diesem Wege vom Bonner Hämophiliezentrum erfahren.Die meisten Patienten hatten die Information von Bekannten,aus Funk,Fernsehen oder Zeitungen oder von behandelnden Krankenhausärzten bekommen.
Tabelle 17 gibt Aufschluß darüber,wie alt die Patienten zum Zeitpunkt des Beginns der Heimselbstbehandlung waren.

Tab. 17 : Alter bei Beginn der Heimselbstbehandlung

Alter in Jahren	n
14 - 20	23
21 - 30	15
31 - 40	4
41 - 43	1
Gesamt	43

Bevor diese Patienten zum Bonner Hämophiliezentrum kamen,hatten sie - günstigenfalls - in den letzten Jahren bei schweren oder bereits länger andauernden Blutungen Konzentrat erhalten,jedoch in geringer Menge.
Bis durchschnittlich zum 22.Lebensjahr mußten diese Patienten mit den ständig wiederkehrenden Blutungen leben,die meist erst zum Stillstand kamen,wenn die Gelenke so angeschwollen waren,daß der Kompressionsdruck die Blutgefäße schloß.Als "Behandlungsmethoden" standen zur Verfügung: Umschläge,Salben,schmerzstillende Medikamente und - im Notfall - Bluttransfusionen.
Einige Patienten berichteten über Versuche mit bestimmten Diäten, von denen sie sich eine Verminderung der Blutungsfrequenz und - Schwere erhofften.
Über die Blutungshäufigkeit vor Beginn der Heimselbstbehandlung konnten die Patienten wegen der hohen Frequenz keine verläßliche

Auskunft geben; in der Regel waren es mehr als 100 Blutungen.Auch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte war nicht sicher eruierbar; jedoch lag sie meistens zwischen 10 und 20.Einige Patienten wur - den von ihren Eltern auch bei schwereren Blutungen zuhause ge - pflegt,da sie erfahren hatten,daß man ihren Kindern im Kranken - haus auch nicht besser helfen konnte und die Kinder sich z.T.heftig sträubten,eingeliefert zu werden.

Im Durchschnitt waren die Patienten mindestens 6 Wochen im Jahr ans Bett gefesselt,jedoch gab es bei fast allen Patienten Zeiten mit länger andauernder Bettlägerigkeit.Ein Patient war 7 Jahre lang ans Bett gefesselt und konnte täglich nur eine Stunde sitzen.

Auf dem Hintergrund dieser Krankengeschichten ist verständlich, daß die meisten Patienten die durch die Heimselbstbehandlung hervorgerufenen Veränderungen in ihrem Leben als sehr positiv ein - schätzten (vgl. Abb. 2 a).

Den Feststellungen:

" Durch die Heimselbstbehandlung habe ich im Beruf bzw. in der Ausbildung weniger Fehlzeiten" und

" Durch die Heimselbstbehandlung sind die Blutungen seltener geworden"

stimmten die meisten Patienten ebenfalls im höchsten Grade zu (vgl. Abb.2 b und e).

Dahingegen verteilten sich bei den mehr auf soziale bzw. psychologische Inhalte bezogenen Feststellungen :

" Seit der Heimselbstbehandlung hat sich mein Kontakt zu anderen Menschen verbessert" und

" Seit ich die Heimselbstbehandlung praktizieren,bin ich selbstsicherer geworden"

die Ankreuzungen über die gesamte Skala,d.h.,diesen beiden Fest - stellungen stimmten die Patienten nicht so stark zu (vgl.Abb.2 c und d).

Da hier nicht erfaßt werden konnte,ob die Patienten bereits vor Beginn der Heimselbstbehandlung genügend Kontakte und Selbstsicherheit besaßen und somit große Veränderungen nicht nötig oder mög - lich waren,lassen sich die unterschiedlichen Einschätzungen nicht eindeutig interpretieren.Nach den explorativen Daten trifft die oben genannte Möglichkeit zu,andere haben jedoch vor der Heimselbstbehandlung wenig Kontakte und Selbstsicherheit besessen und glau-

ben auch nicht,daß sich bei ihnen durch die Heimselbstbehandlung daran etwas geändert habe.
Eine Differenzierung dieser Feststellungen im obigen Sinne wäre daher für künftige Untersuchungen empfehlenswert.

Abb. 2 a-e: Ausmaß der durch die Heimselbstbehandlung hervorgerufenen Veränderungen aus der Sicht der Patienten
(1=gar nicht; 7=sehr; vgl. Anhang S.)

Abb. 2 a:Positive Lebensänderung durch die Heims.beh. (n=28*)

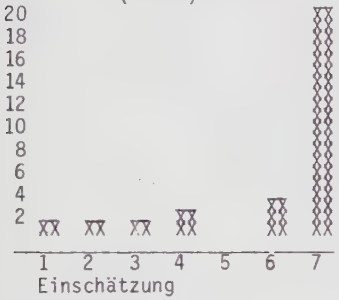


Abb. 2 b:Weniger Fehlzeiten durch die Heims.beh. (n=25**)

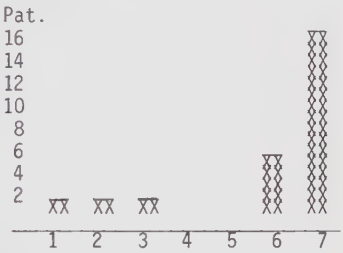


Abb. 2 c:Kontaktverbesserung durch die Heims.beh.(n=28)

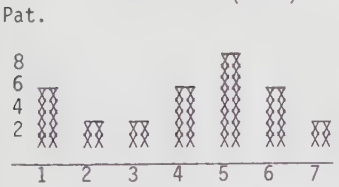


Abb. 2 d:Mehr Selbstsicherheit durch die Heims.beh. (n=28)

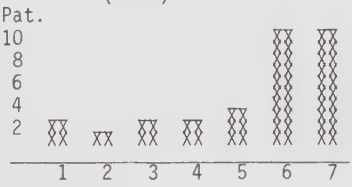
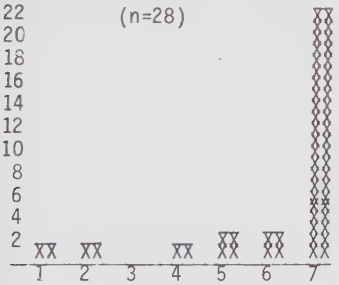


Abb. 2 d:Weniger Blutungen durch die Heims.beh. (n=28)



* Für 5 Pat.,die mit der Heims.beh.begannen,traf diese Feststellung nicht zu.10 Bögen waren unvollständig oder wurden zu spät zurückgesandt.

** Für 3 Pat.,die eine Rente bezogen,traf dies nicht zu.

6.2.3 Compliance

Die vom Hämatologen und Orthopäden vorgenommene unabhängige Einschätzung der Befolgung notwendiger medizinisch-therapeutischer Maßnahmen durch die Patienten (Compliance) ergab bei der Hälfte der Patienten eine übereinstimmende Beurteilung.Bei 4 Patienten unterschieden sich die Einschätzungen um 2 Punkte.Nachdem in einem gemeinsamen Rating die differierenden Beurteilungen diskutiert und korrigiert worden waren,ergab sich folgendes Bild:

1	→	hält sich nur selten an die therapeutischen Vorschriften,tut so gut wie gar nichts,um körperliche Schäden zu verhüten oder bereits eingetretene zu vermindern	2 Patienten
2	→	befolgt die Anweisungen periodisch oder manchmal,muß jedoch häufig ermuntert oder ermahnt werden	18 Patienten
3	→	hält sich meistens an die Vorschriften und befolgt die rehabilitativ-präventiven Maßnahmen im großen und ganzen	21 Patienten
4	→	ist ausgesprochen korrekt bei der Befolgung der therapeutischen Anweisungen,bemüht sich intensiv und kontinuierlich um eine Verbesserung des klinischen Zustandsbildes	2 Patienten

Die Einschätzung bezieht sich auf folgende spezielle Verhaltensaspekte:

- Regelmäßiges,instruktionsgerechtes Injizieren des Konzentrats
- Regelmäßiges und sorgfältiges Ausfüllen und Zusenden der Behandlungsprotokolle
- Einhalten der vereinbarten Untersuchungstermine
- Durchführung der krankengymnastischen Übungen und
- Befolgung sonstiger im Einzelfall notwendiger Maßnahmen.

6.2.4 Familienanamnese und Wissensstand über die Vererbung der Krankheit

In 18 Familien trat - entsprechenden Nachforschungen zufolge - die Hämophilie bei dem Patienten erstmals auf. In den anderen 25 Familien war bereits vor Geburt des Patienten mindestens ein Verwandter Bluter (gewesen).
18 Patienten hatten einen hämophilen Bruder, 3 Patienten hatten zwei Brüder, die ebenfalls Bluter waren. 10 hämophile Brüder lebten jedoch nicht mehr.

Tab. 18 : Anzahl der hämophilen Kinder in der Familie der Patienten

Anzahl der hämophilen Kinder	Anzahl der Familien
2 hämophile Kinder davon verstorben: 8	18
3 hämophile Kinder davon verstorben: 2	3
(10)	21

Insgesamt 35 der 43 Familien bekamen nach der Geburt des Patienten oder eines anderen hämophilen Kindes weitere Kinder.
Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, daß die Diagnose teilweise erst gestellt wurde, als bereits weitere Kinder auf der Welt waren und daß die Eltern den genauen Erbgang oft nicht kannten.
Erstaunlich ist jedoch die Tatsache, daß auch ein Drittel der hier untersuchten Patienten (n=14) über den Modus der Vererbung nicht Bescheid wußte, obwohl jeder neue Patient im Bonner Hämophiliezentrum von den Ärzten oder Schwestern darüber informiert wird.
11 dieser "unwissenden" Patienten kamen aus Familien, in denen die Bluterkrankheit bereits mehrfach auftrat ; zwei Patienten waren Studenten, ein Patient hatte bereits selbst zwei Kinder.

6.3 Ergebnisse des Gießen-Tests (GT-S)

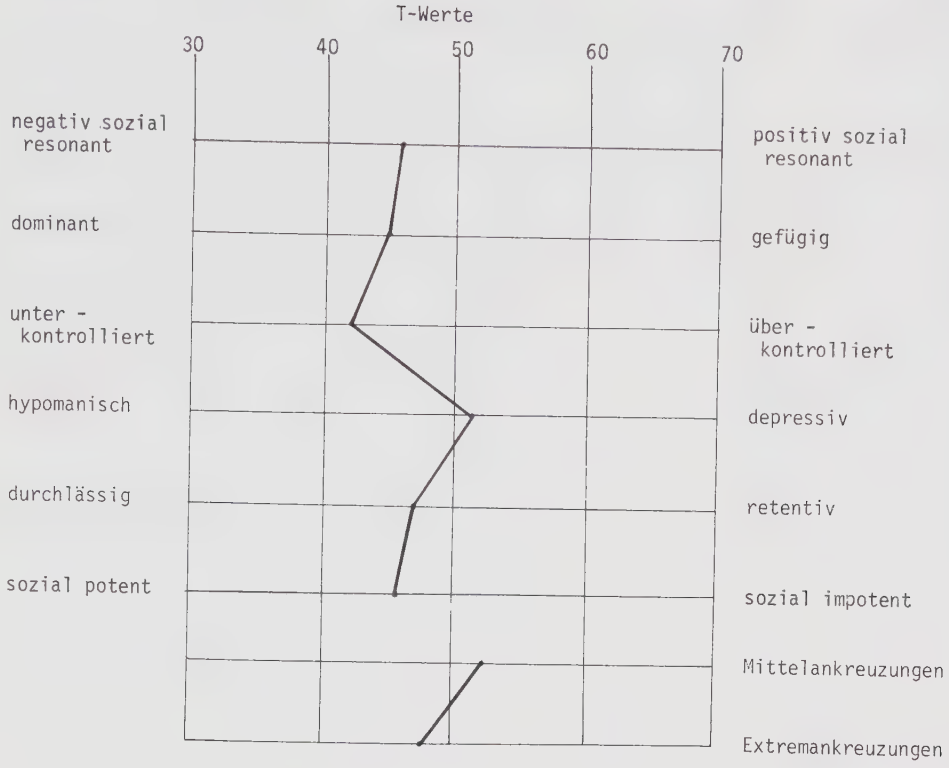
Die Auswertung des in dieser Arbeit verwendeten Persönlichkeitsfragebogens brachte für die 6 Standardskalen und die zwei Antworttendenzkontrollskalen die in Tab. 19 aufgeführten Werte (Mittelwerte und Standardabweichungen).
Zum Vergleich sind dieentsprechenden Kennwerte der Normstichprobe (1975) angeführt.

Tab.19:

Skalen des GT-S	Hämophile Pat. M	s	Normstichprobe M	s
1: Soziale Resonanz	26,74	4,04	28,86	5,47
2: Dominanz	25,09	5,14	27,35	4,91
3: Kontrolle	23,74	4,67	27,74	5,36
4: Grundstimmung	23,74	5,57	22,80	5,65
5: Durchlässigkeit	21,74	5,22	23,44	5,86
6: Soziale Potenz	19,00	4,62	21,51	5,21
Mittelankreuzungen	11,53	5,59	10,58	7,29
Extremankreuzungen	3,83	4,13	7,71	7,68

Die bei der Neustandardisierung des Gießen-Tests (BECKMANN und RICHTER 1979) sich ergebenden geringfügigen T-Wert-Verschiebungen für die Skalen 3,5,6 haben für diese Untersuchungsergebnisse keine Konsequenzen,da auch bei Berücksichtigung dieser veränderten Normen alle Werte im Mittelbereich liegen.
Zur Veranschaulichung gibt Abb. 3 das Profil der Untersuchungsgruppe wieder. Es wurde das übliche Profilblatt verwendet,da die überarbeitete Form zum Zeitpunkt dieser Untersuchung noch nicht veröffentlicht war.
Es zeigt sich,daß die Gruppe der hier untersuchten Patienten sich im Vergleich zur Normstichprobe als
durchschnittlich sozial resonant,d.h.,beliebt,geachtet,
durchschnittlich dominant,d.h,nicht öfter in Auseinandersetzungen verstrickt als andere,
durchschnittlich kontrolliert,bequem,fähig zum Ausgelassensein,
durchschnittlich bedrückt,ängstlich,
durchschnittlich aufgeschlossen
und

Abb. 3 : Mittelwertsprofil der 43 Patienten (Gießen-Test-Selbstbild)



als durchschnittlich gesellig und im heterosexuellen Kontakt (un) befangen darstellen.

Hinsichtlich der Interkorrelationen der 6 Standardskalen zeigt sich folgendes Bild:

Tab. 20 : Interkorrelationen* der 6 Standardskalen (Erste Zahl-hämophile Patienten, zweite Zahl-Normstichprobe 1975)

Skalen	2	3	4	5	6
1-Soziale Resonanz	-.03 (.14)	.02 (.04)	-.42** (-.24)	-.54*** (-.38)	-.41** (-.38)
2-Dominanz		.05 (.30)	.24 (.02)	.17 (.07)	.10 (.11)
3-Kontrolle			.16 (.14)	.09 (.17)	-.10 (.09)
4-Grundstimmung				.40** (.21)	.20 (.24)
5-Durchlässigkeit					.45*** (.53)

Wie aus Tabelle 20ersichtlich, korrelieren die Skalen z.T. erheblich miteinander. Als relativ unabhängig erweisen sich lediglich die Skalen 2 (Dominanz) und 3 (Kontrolle).

Daß die Interkorrelationen z.T. höher sind als in der Normstichprobe, hängt sicherlich mit der Homogenität der Untersuchungsgruppe zusammen. Die Benutzung der Standardskalen ist in diesem Fall jedoch sicherlich nicht unproblematisch.

Als abhängig von der Schulbildung der Patienten erwiesen sich die Skalen 2 (γ =-.41) und 5 (γ =-.27). Patienten mit höherer Schulbildung stellten sich somit als "dominanter" und "durchlässiger" dar. Dies entspricht auch den Ergebnissen von BECKMANN und RICHTER (1975,32).

*nach PEARSON

6.4 Auftretenshäufigkeiten von defensiven,evasiven,assertiven Techniken und von Formen der Anpassung und Leistung

Läßt man die Art der Techniken zunächst unberücksichtigt,fällt als erstes auf,daß die durchschnittliche Anzahl der bei den Patienten erhobenen Bewältigungsformen (Ratings größer Null) pro Bereich variiert:

Tab. 21 : Anzahl der erfaßten Techniken in den verschiedenen Bereichen

Bereich	Anzahl der unterschiedlichen Techniken	
	M	Range
I.Unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen	3,7	2 - 10
II.Ausbildung und Beruf	4,7	2 - 14
III.Sozialer-,Kontaktbereich	6,7	2 - 14
Alle drei Bereiche	9,7	5 - 19

Man könnte annehmen,daß diese Häufigkeitsverteilung zu Lasten einer unterschiedlichen Breite der Bereiche geht.So umfaßt der Bereich I sicherlich eine geringere Anzahl und Variation von Situationen und - auf seiten der Patienten - Verhaltensweisen als der "soziale Bereich" (III).
Eine nähere Betrachtung der Häufigkeitsverteilung zeigt jedoch, daß in den einzelnen Bereichen unterschiedliche Techniken dominieren (vgl.Tab.22 und Abb.4a-c).

Tab. 22: Absolute und prozentuale Auftretenshäufigkeiten der Techniken pro Bereich

Techniken	Bereich I		Bereich II		Bereich III	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
defensive T.	21	13	6	3	10	3
evasive T.	65	41	60	29	120	42
Anpassungst.	56	35	79	39	96	33
Leistungst.	15	9	46	23	25	9
assertive T.	3	2	12	6	36	13
Σ	160	100	203	100	287	100

Abb. 4 a,b,c: Veranschaulichende Darstellung der Auftretenshäufigkeit von Techniken in den drei Bereichen (vgl. Tab. 22)

Abb. 4 a:
Bereich
'Krankheit'

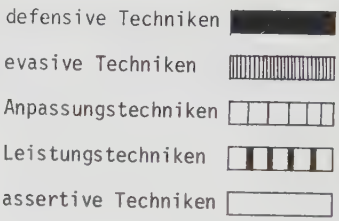


Abb. 4 b:
Bereich
'Ausbildung
und Beruf'

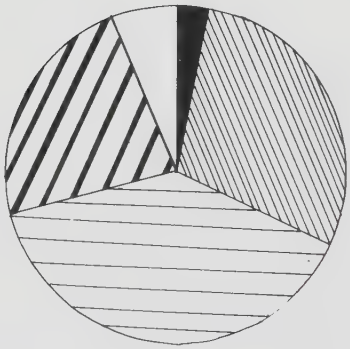
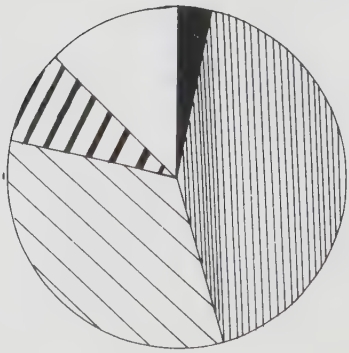


Abb. 4 c:
Bereich
'Sozialkontakt'



Selbst wenn man die Häufigkeiten an der Gesamtzahl pro Bereich relativiert (Prozentangaben),ergibt sich eine unterschiedliche Verteilung,die sich statistisch absichern läßt ($Chi^2 = 31,2; df=8; p < .001^{***}$).

Betrachtet man die inKategorien zusammengefaßten Bewältigungsformen, so stellt sich heraus,daß die'defensiven Techniken' am häufigsten im Bereich'Krankheit'(I) gezeigt wurden.

'Evasive Techniken'traten etwa gleich häufig im Bereich'Krankheit' und 'Sozialkontakt' auf und stellten auch innerhalb dieser beiden Bereiche die überhaupt am häufigsten erfaßten Formen der Verar - beitung dar.

In allen drei Bereichen traten etwa gleich oft die 'Techniken der Anpassung' auf.Innerhalb des Bereichs 'Ausbildung und Beruf' waren sie jedoch die dominantesten Formen der Verarbeitung.

Die 'Leistungstechniken' überwogen eindeutig im Bereich 'Ausbildung und Beruf',jedoch standen sie innerhalb dieses Bereiches in ihrer relativen Auftretenshäufigkeit nur an dritter Stelle.

Die'assertive Technik' war in den Bereichen 'Krankheit' und 'Ausbildung und Beruf' nur wenig repräsentiert; im 'Sozialbereich' wurde sie jedoch häufiger registriert.

Es muß berücksichtigt werden,daß sich die Kategorien aus unter - schiedlich vielen einzelnen Daseinstechniken zusammensetzen,wo - durch sie eine unterschiedliche Auftretenswahrscheinlichkeit für die Techniken ergibt :

Tab. 23 : Erwartete Auftretenshäufigkeiten für die Kategorien

Kategorien	Anzahl d. zugehörigen Techniken	%
defensive T.	3	12
evasive T.	11	44
Anpassungst.	6	24
Leistungst.	4	16
assertive T.	1	4
	25	100

Stellt man diesen prozentualen "Erwartungswerten" die vorgefundene Verteilung gegenüber,ergeben sich folgende Diskrepanzen (Tab. 24):

Tab. 24 : Diskrepanzen zwischen der erwarteten und tatsächlich vorgefundenen (prozentualen) Auftretenshäufigkeit der Kategorien

Techniken	Bereich I %	Bereich II %	Bereich III %	I+II+III %
defensive T.	+ 1	- 9	- 9	- 6
evasive T.	- 3	-15	- 2	- 6
Anpassungst.	+11	+15	+ 7	+11
Leistungst.	- 7	- 1	- 7	- 3
assertive T.	+ 2	+ 2	+ 9	+ 4

Dieser Vergleich zeigt,daß die evasiven Techniken und die Techniken der Leistung 'unterrepräsentiert' sind,während die assertiven-und Anpassungstechniken häufiger als erwartet auftreten.
Betrachtet man diese Verteilung unter dem Gesichtspunkt ,inwieweit dieses Kategoriensystem auf diese Untersuchungsgruppe "paßt",muß festgehalten werden,daß einige Kategorien einige Bereiche weniger gut abdecken,wie z.B. die evasiven Techniken den Bereich II.
Im folgenden wird deutlich,daß die z.T. geringe Besetzung von Kategorien "zu Lasten" bestimmter Techniken geht.
Betrachtet man die Auftretenshäufigkeiten der einzelnen Techniken,zeigt sich folgendes (vgl. Abb. 5a bis c , S. 142f):
Im Bereich I (unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen) traten 6 Techniken gar nicht in Erscheinung.
Da ein physisches Hinausgehen aus der Krankheitssituation (6) nicht möglich ist,konnte diese Verhaltensweise nicht auftreten.
Eine innere Distanzierung (13) von der Krankheitssituation wäre zwar theoretisch denkbar,ließ sich aber hier nicht feststellen.
Die Tendenz,eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einzubeziehen (15), und die Anpassung an institutionelle und /oder sachliche Aspekte der Situation (16) traten zwar unter dem Krankheitsaspekt auf,bezogen sich dann jedoch auf den Ausbildungs- bzw. Berufsbereich,seltener auch auf das allgemeine soziale Feld.
Koordinative und kreative Leistungstechniken (22,24) waren per definitionem im Bereich Krankheit nicht zu erwarten.
Daß ein erstaunlich hoher Anteil von Patienten die Krankheitssituation bejaht -wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß - erklärt sich größtenteils aus der Behandlungssituation im Bonner Hämophi-

Abb. 5a bis c : Auftretenshäufigkeiten der Techniken in den drei Bereichen (Liste der Techniken vgl. nächste Seite)

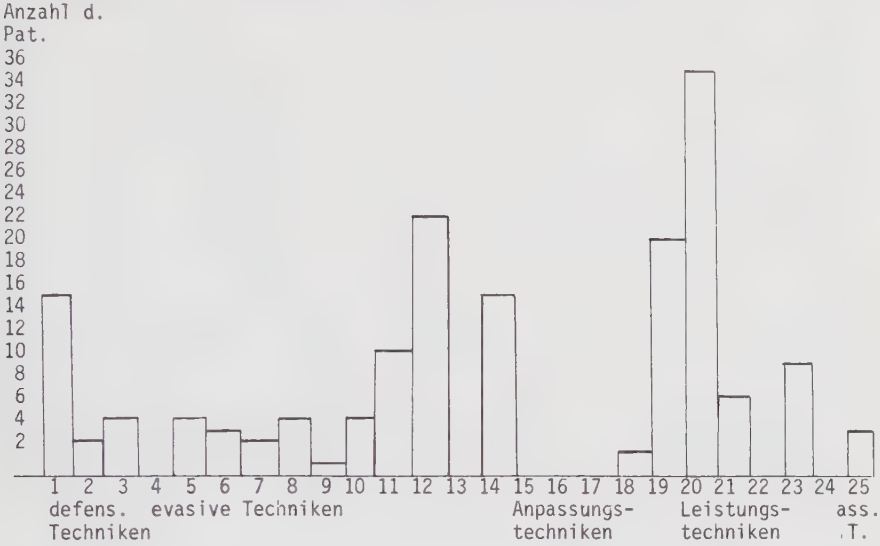


Abb. 5 a : Bereich " Unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen"

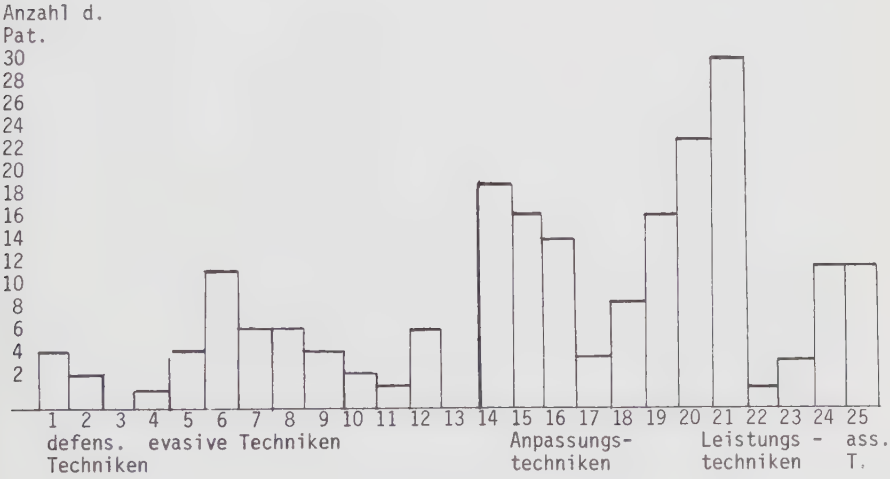


Abb. 5 b : Bereich "Ausbildung und Beruf "

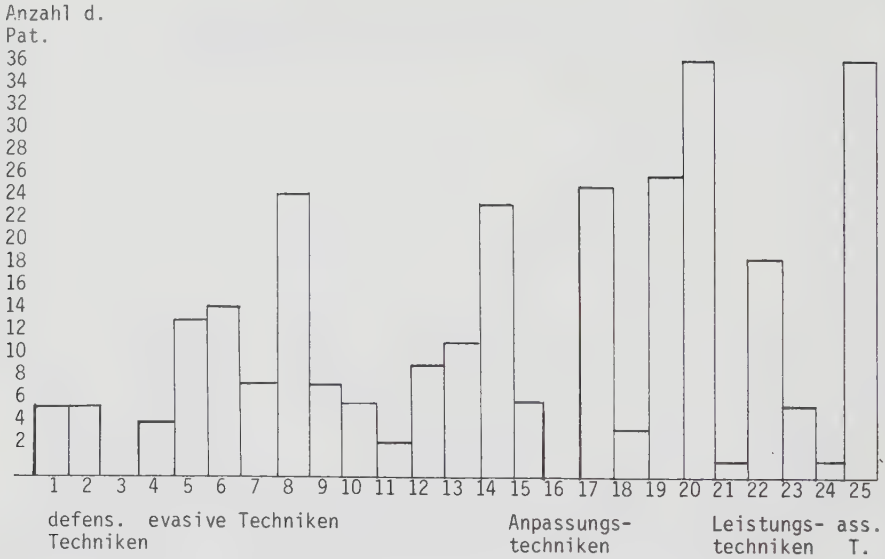


Abb. 5 c : Bereich "Sozialkontakt"

Liste der Techniken (vgl.auch S. 112 ff)

1 : perceptual defense
2 : Selbstbetäubung
3 : risk-taking
4 : Hinausgehen aus dem Spannungsfeld
5 : Meiden angsterregender Situationen
6 : Sich überlassen a.d. Gang d.Ereignisse
7 : andere..verantwortlich machen
8 : andere ..entscheiden/sorgen lassen
9 : Rationalisieren
10 : Intellektualisieren
11 : Bagatellisieren
12 : Niedergeschlagenheit
13 : Innere Distanzierung
14 : Psychophysiol."Reaktionsbildg."
15 : Eigene Grenzen .. einbeziehen
16 : Anpassung an instit. oder sachl.Aspekte..
17 : Sich an Bedürfnisse / Normen anderer anpassen
18 : Aufgreifen von Chancen
19 : Positive Umdeutung
20 : Bejahen
21 : kogn.Leistung
22 : koordinative Leistung
23 : direktive Leistung
24 : kreative Leistung
25 : assertive Technik: sich wehren../sich behaupten

philiezentrum,durch die die Patienten in die meist nicht mehr erhoffte Situation kamen,relativ frei von Blutungen zu sein oder zumindest eine Kontrolle über diese Blutungsereignisse zu bekommen.
Die bei 22 Patienten registrierte Verhaltensweise "Niedergeschlagenheit" (12) bezieht sich vor allem auf die unmittelbare Reaktion auf Blutungsereignisse.
Die bei 20 Patienten festgestellte Tendenz zur positiven Umdeu - tung (19) im Bereich Krankheit bezieht sich häufig auf ihre unmittelbare Vergangenheit,die -möglicherweise - aus ihrer derzeitigen Situation uminterpretiert wird.Darauf wird weiter unten noch einmal einzugehen sein.
Gleich häufig -nämlich bei 15 Patienten - wurden die Techniken des'perceptual defense'(1) und der 'psychophysiologischen Reaktionsbildung'(14) registriert.
Im Bereich II (Ausbildung und Beruf) traten die Verhaltensweisen 'risk-taking' (3) und innere Distanzierung (13) nicht auf.
Am häufigsten,nämlich bei 30 Patienten,kam die Technik der kognitiven Leistung vor (21).Dieses Ergebnis bedarf keiner weiteren Erläuterung,wenn man den hohen Anteil der in der Aus- oder Weiterbildung befindlichen Patienten in dieser Stichprobe berücksich - tigt.Auch zur Erklärung des relativ hohen Anteils von Patienten, die ihre berufliche Situation bejahen (20),erscheint diese Tatsache geeignet.
Unter den 19 Patienten,die auf Situationen im Ausbildungs- oder Berufsbereich mit psychophysiologischen Reaktionen antworteten (14),waren 4 Patienten,bei denen sich diese Reaktionsweise als erhöhte Blutungsneigung manifestierte.
Obwohl die Tendenz,eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einzubeziehen (15),von den meisten Patienten aufgrund ihrer labileren gesundheitlichen Situation früher häufiger gezeigt wurde (s.u.),war diese Technik doch noch bei 16 Patienten aktuell.
Ebenso häufig trat auch die Technik der positiven Umdeutung (19) in Erscheinung,die sich in der Akzentuierung positiver Aspekte einer eigentlich nicht angestrebten Ausbildung oder eines ur - sprünglich nicht gewünschten Berufes äußerte.

Ebenso wie im Bereich 'Ausbildung und Beruf' war auch im (allge - meinen) 'Sozialbereich' (III) das Auftreten der Technik des 'risk-taking' (3) nicht zu erwarten.
Aber auch die Anpassung an institutionelle und/oder sachliche Aspekte der Situation (16) trat als Technik im sozialen Bereich nicht in Erscheinung.
Dafür ließ sich hier bei 25 Patienten die Tendenz feststellen, sich an Bedürfnissen und Normen anderer zu orientieren und sich an diese anzupassen (17).Bemerkenswert ist,daß sich bei 9 dieser erwachsenen Patienten eine als "Identifikation" zu bezeichnende Anpassung an die Vorstellungen des Vaters zeigte.
Sechsmal waren es beide Elternteile,zweimal die Mutter und zweimal die 'peer-group',an die sich die Patienten verhaltensmäßig mit weitgehender Internalisierung dieser Vorstellungen anpaßten.
Drei Patienten identifizierten sich stark mit eher allgemeinen "bürgerlichen" Normen,denen sie sich verpflichtet fühlten.
Am häufigsten jedoch -bei 36 Patienten - kamen in diesem Bereich das Bejahen der Situation (20) und die Tendenz,sich gegen empfundene Benachteiligung zur Wehr zu setzen und/oder sich gegen Widerstand zu behaupten (25),vor.
Die bei 26 Patienten festgestellte Tendenz zur positiven Umdeu - tung (19) bezog sich wiederum zum großen Teil auf die Vergangenheit,in dem Sinne,daß sozial belastende oder diskriminierende Situationen in positiver Weise geschildert wurden.
Ein Patient,der einerseits berichtete,daß ihn sein Vater gequält habe und als überzeugter Nationalsozialist habe vergasen lassen wollen,schilderte diesen Vater gleichzeitig als sozial gewandten, bewundernswerten und für ihn bedeutendsten Menschen,weil er an der Auseinandersetzung mit ihm'gewachsen'sei.
Die bei 24 Patienten festgestellte Tendenz,andere für sich ent - scheiden oder sorgen zu lassen (8),bezieht sich in den meisten Fällen auf die "Abschiebung" der Verantwortung für die Weitervererbung der Krankheit auf die nächste Generation (s.u.).Der Aspekt des Für-Sich-Sorgen-Lassens ,sei es bezogen auf die Eltern,die Ärzte oder die Gesellschaft,trat hier 5 mal auf.
Die 23mal festgestellte 'psychophysiologische Reaktionsbildung'(14) äußerte sich bei 5 Patienten in erhöhter Blutungsbereitschaft.

6.5 "Dominante" Techniken

Die bisherige Darstellung bezog sich auf die Auftretenshäufig - keiten der Techniken,ohne ihren Ausprägungsgrad zu berücksichtigen.
Um nun feststellen zu können,welche Techniken bei den Patienten am häufigsten dominierten,wurden pro Patient nur die am stärksten ausgeprägten Formen der Verarbeitung betrachtet.
In der Regel waren dies die Techniken,die den Ausprägungsgrad "4" erhalten hatten.Kam bei einem Patienten diese Einstufung nicht vor,wurden die Techniken mit dem Ausprägungsgrad "3" herangezogen.
Schließlich wurde über diese "dominanten" Techniken für die gesamte Gruppe eine Rangreihe erstellt,die in Abb. 6 (S.147) wiedergegeben ist.
Vergleicht man diese Rangfolgen,die den Ausprägungsgrad der Techniken berücksichtigen,mit der Verteilung der Häufigkeiten (vgl. S.141ff),läßt sich folgendes feststellen:
Bereich Krankheit (I): Die Techniken 'Bejahen' und 'Niedergeschlagenheit' nehmen sowohl hinsichtlich der Intensität als auch der Frequenz ihres Auftretens in dieser Patientengruppe die ersten beiden Ränge ein.Die 'positive Umdeutung' jedoch,die bei den Häufigkeiten an dritter Stelle lag,nimmt bezüglich der Ausprägung nur den 8. Rang ein.Dahingegen liegen hier die Techniken 'perceptual defense' und 'Bagatellisieren' an dritter Stelle.
Bereich Ausbildung/Beruf (II): Auch hier ergibt sich bei den ersten beiden Formen der Verarbeitung - 'kognitive Leistung' und 'Bejahen' - zur Häufigkeitsdarstellung keine Diskrepanz.
Jedoch sind hier die Techniken 'eigene Grenzen..einbeziehen' und 'Anpassung an institutionelle bzw. sachliche Aspekte..' auf den dritten Rang gerückt,während die 'psychophysiologische Reaktionsbildung',die relativ häufig auftrat,bezüglich ihrer Ausprägung nicht dominiert (9.Rang).
Sozialbereich (III): Auch hier entsprechen die ersten beiden Techniken - 'Bejahen' und 'assertives Verhalten' der Häufigkeitsverteilung.Bei den Techniken 'andere für sich sorgen/entscheiden lassen','Anpassung an die Bedürfnisse und Normen anderer' und 'positive Umdeutung' zeigen sich gegenüber den Häufigkeiten geringfü-

Rang	Bereich 'Krankheit'	Bereich 'Ausbildung u. Beruf'	Bereich 'Sozialkontakt'
1	Bejahen	1 kognitive Leistung	1 Bejahen
2	Niedergeschlagenheit	2 Bejahen	2 assertive Technik
3	perceptual defense	3 eigene Grenzen..einbeziehen	3 andere..sorgen/entscheiden lassen
	Bagatellisieren	Anpassung an instit./sachliche Aspekte...	--
	--	--	4 Anpassung an die Normen anderer...
5	Psychophysiol.R.b.	5 Sich überlassen an d. Gang d. Ereignisse	5 Sich überlassen an den Gang d. Ereignisse
	direktive Leistung	--	--
	--	6 kreative Leistung	6 positive Umdeutung
7	risk-taking	7 andere..verantwortl. machen	7 Meiden angsterregender Situationen
	--	andere sorgen/entscheiden lassen	andere verantwortl. machen
	--	--	koordinative Leistung
8	Meiden angsterregender Situationen	--	--
	positive Umdeutung	--	--
	--	9 perceptual defense	--
	--	Rationalisieren	--
	--	Intellektualisieren	--
	--	Psychophysiol.R.b.	--
	--	Anpassung a.d.Normen anderer	--
	--	Aufgreifen v.Chancen	--
	--	Positive Umdeutung	
10	andere..sorgen/entscheiden lassen	--	10 perceptual defense
	Intellektualisieren	--	Niedergeschlagenheit
	kognitive Leistung	--	innere Distanzierung
	assertive Technik	--	psychophysiol.R.b.
	--	--	14 Intellektualisieren
	--	--	15 Rationalisieren
	--	--	Bagatellisieren
		16 Hinausgehen a.d. Spannungsfeld	Aufgreifen von Chancen
	--	Meiden angsterr.S.	--
	--	direktive Leistung	--
	--	assertive Technik	--
	--		--

Abb. 6 : Rangfolge der Techniken in den drei Bereichen (s.Text)

gige Verschiebungen. Von der Ausprägung her tritt die Technik 'sich überlassen an den Gang der Ereignisse' etwas mehr in den Vordergrund. Dagegen liegt die 'psychophysiologische Reaktionsbildung' als Form der Verarbeitung nur auf dem 10. Rang.

6.6 Beziehungen zwischen den Techniken

6.6.1 Bemerkungen zur Darstellung

Wurden bisher die Formen der Verarbeitung isoliert betrachtet, soll nun auf die Beziehungen,die zwischen ihnen bestehen,eingegangen werden.
Um eventuelle strukturelle (lineare) Zusammenhänge zwischen den Variablen aufzudecken,wurden - zunächst pro Bereich und schließlich über alle Bereiche hinweg - hierarchische Clusteranalysen gerechnet (vgl. 4.9).
Dabei werden nur Techniken einbezogen,auf denen mindestens ein Drittel der Patienten (n=14) ein Rating größer Null hat.
Da es für Clusteranalysen keine verbindlichen Abbruchkriterien gibt,richtet sich die Anzahl der zur Interpretation herangezogenen Cluster nach ihrer Plausibilität und der Höhe ihrer zugrundeliegenden Korrelationskoeffizienten (Kendall's tau).Die niedrigste Korrelation in einem interpretierten Cluster beträgt $\tau = |.15|$.
Da die Clusteranalysen auf den Absolutbeträgen der Koeffizienten basieren,erfordert die Interpretation z.T.(bedeutungsmäßige) Umpolungen der Variablen.Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden die (mit Vorzeichen versehenen) Koeffizienten im Cluster noch einmal angefügt.
Die vollständigen Korrelationsmatrizen finden sich im Anhang (vgl. S. 206 ff).
Im folgenden werden die (bei zweiseitiger Fragestellung) auf dem 5%-Niveau signifikanten Koeffizienten mit * versehen.
Entsprechend gilt ** für $p \leq .01$ und *** für $p \leq .001$.

6. 6.2 Beziehungen zwischen Techniken im Bereich 'unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen'

Die hierarchische Clusteranalyse (HIC) über die 5 ausreichend besetzten Kategorien im Bereich 'Krankheit' zeigt einen Zusammenhang zwischen den Techniken 'Niedergeschlagenheit','Psychophysiologische Reaktionsbildung' und 'Bejahen',wohingegen die Techniken 'perceptual defense' und 'positive Umdeutung' relativ unabhängig sind (vgl. Abb. 7 a,b).
Diesem Ergebnis zufolge zeigen die Patienten,die auf unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen stärker mit 'Niedergeschlagenheit' antworten,auch ein höheres Maß an psychophysiologischer Reaktionsbereitschaft in diesem Bereich und neigen weniger dazu,ihre Krankheit zu akzeptieren oder zu bejahen. Berücksichtigt man die den Techniken jeweils zugrundeliegenden Verhaltensebenen,läßt sich vielleicht sagen,daß dieses Cluster eine Trias der 'Disharmonie' auf der physiologischen,emotionalen und kognitiven Ebene widerspiegelt.

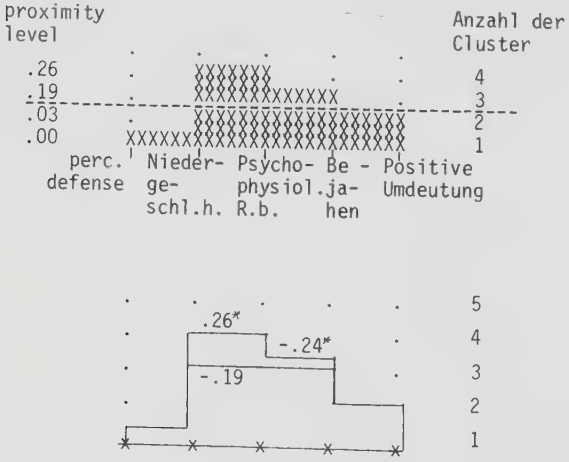


Abb. 7 a,b: Clusteranalyse.Bereich: 'Unmittelbare Krankheitszeichen,mittelbare Krankheitsfolgen'

6.6.3 Zusammenhänge zwischen Techniken im Bereich 'Ausbildung und Beruf'

Wie im Bereich 'unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen' bilden auch im Bereich 'Ausbildung und Beruf' die Techniken 'psychophysiologische Reaktionsbildung' und'(Nicht-) Bejahen' ein Cluster.Die Kategorie 'Niedergeschlagenheit' fehlt hier,da sie zu gering besetzt war (vgl.Abb. 8 a,b):

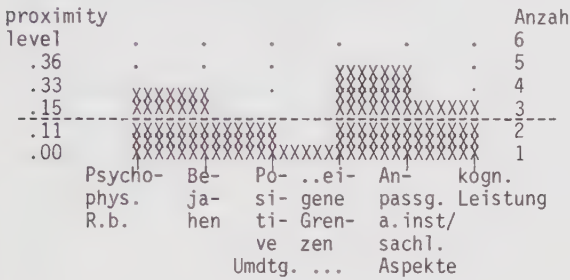


Abb. 8 a

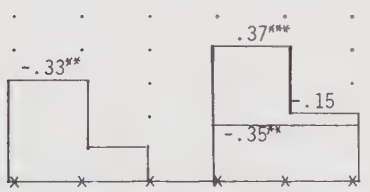


Abb. 8 b

Abb. 8 a,b: Clusteranalyse.Bereich 'Ausbildung und Beruf'

Ein weiteres Cluster wird von den Techniken 'eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einbeziehen','Anpassung an institutionelle und/oder sachliche Aspekte der Situation' und 'kognitive Leistung' gebildet.

Diese Kombination besagt,daß Patienten,die stärker dazu tendieren, eigene Grenzen bei sich"in Rechnung zu stellen",sich auch eher an institutionelle oder sachliche Aspekte der Situation anzupassen, und ein geringeres Maß an kognitiver Leistung zeigen.

Sowohl die Tendenz,eigene Grenzen einzubeziehen,als auch die An - passung an institutionelle Aspekte beinhaltet nach der in dieser

Arbeit vorgeschlagenen Definition eine Einengung oder Herabsetzung des subjektiven Anspruchsniveaus bezüglich eigener Expansion,wobei die Begrenzungen einmal bei sich selbst,zum anderen in der Außenwelt gesehen werden.
Dieses 'Sich-Bescheiden' kann -bezogen auf die gesundheitliche und soziale Situation-durchaus adäquat sein und schließt nicht aus,daß sich der Betreffende in dem von ihm selbst eingegrenzten Bereich engagiert.
Andererseits scheinen diese Techniken jedoch auch eine Einschränkung des Fähigkeit,der Möglichkeit oder auch des Wunsches,Energie zu investieren,mit sich zu bringen.
Es sollteauch noch berücksichtigt werden,daß diese Techniken zu einem Zeitpunkt eingesetzt werden,an dem die berufs- und ausbildungsbezogenen Möglichkeiten für die meisten dieser Patienten durch die Heimselbstbehandlung zumindest potentiell eine Erweiterung erfahren haben.
Anders sieht es bei den Techniken aus,die in früheren Zeiten des Lebens der Patienten aktuell waren (vgl.6.7).

6.6.4 Zusammenhänge zwischen Techniken im 'Sozialbereich'

Die größere Anzahl von stärker besetzten Kategorien im 'Sozialbereich' führte zur Extraktion von mehr Clustern als in den anderen Bereichen.
Das in Abb. 9 b mit I bezeichnete Cluster faßt die Techniken des 'Meidens angsterregender Situationen' und des 'Bejahens' zusammen,d.h.,ein geringeres Maß an Zufriedenheit im sozialen Bereich geht einher mit einer höheren Neigung,(angsterregende) soziale Situationen zu meiden.
Eine weitere Gruppierung (II) zeigt,daß Patienten,die dazu neigen,sich dem Gang der Ereignisse zu überlassen,auch eher andere für sich sorgen oder entscheiden lassen und sich im sozialen Kontakt weniger behaupten oder zur Wehr setzen.Diese Kombination von Techniken ist gekennzeichnet durch ihre (regressiv-)passive Tendenz.
Cluster III spiegelt eine -nicht erwartete - positive Beziehung zwischen erhöhter psychophysiologischer Reaktionsbereitschaft und koordinativer Leistung wider.
Man kann annehmen,daß Patienten,die ein größeres Engagement bezüglich der 'Stiftung und Pflege von Kontakten'(koord.Leistung) aufweisen,insgesamt ein höheres Maß an Interaktionen haben.
Wie sich in einer Untersuchung an einer kleineren Gruppe von Hämophilen herausstellte (KIPNOWSKI 1977),verfügten die meisten jener Patienten zwar über zahlreiche Kontakte,erlebten jedoch den Umgang mit anderen nicht angstfrei.
Man könnte überspitzt sagen: wer sich (angstbesetzten) sozialen Situationen weniger aussetzt,hat auch weniger Gelegenheit,mit erhöhter psychophysiologischer Reaktionsbereitschaft darauf zu antworten als der,der sich mehr engagiert oder involvieren läßt.
Diese Aussage muß in diesem Zusammenhang jedoch eine Hypothese bleiben,die sich durch die erfaßten Daten weder bestätigen noch widerlegen läßt.
Der relativ hohe Zusammenhang zwischen den Techniken der 'positiven Umdeutung und der Neigung,sich an Bedürfnissen und Normen anderer zu orientieren und sich an diese anzupassen,hängt möglicherweise mit der weiten Auslegung der Kategorie 'positive Um -

Abb. 9 a

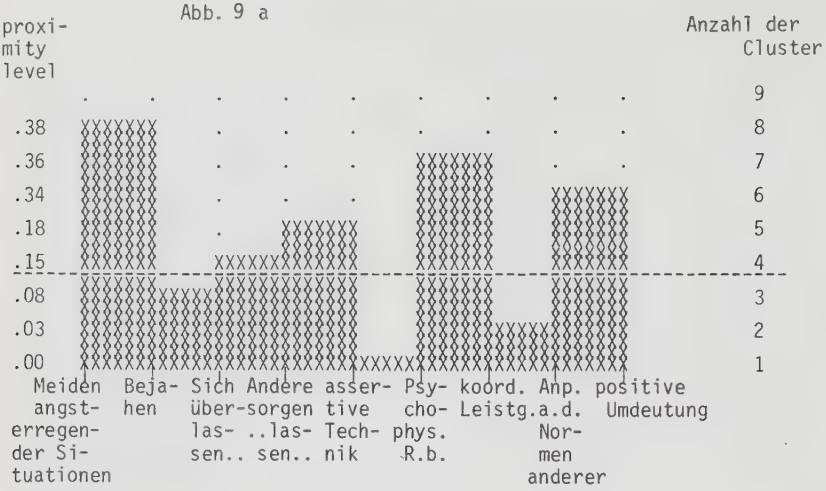


Abb. 9 b

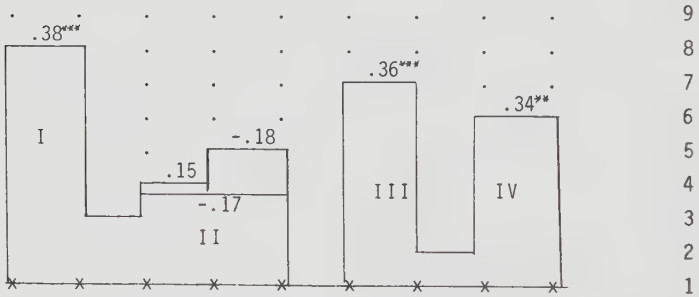


Abb. 9 a,b: Clusteranalyse:'Sozialbereich'

deutung' zusammen.Neben der "strengen" Definition,nach der unter diese Kategorie Aussagen zu fassen sind,die eine Spezifizierung der positiven Sicht einer wenig erfreulichen Situation enthalten, wurden in dieser Arbeit auch Patientenäußerungen einbezogen,die eine ausdrücklich positive Sicht einer eigentlich negativen Situation beinhalten,ohne daß diese jedoch näher erläutert wird. So gingen in die Auswertung auch weniger reflektierte Äußerungen ein,die als 'rosarote Brille' zu benennen wären und daher vermutlich auch mit einer eher unkritischen Übernahme von Meinungen und Normen anderer zusammentreffen.

6.6.5 Zusammenhänge zwischen Techniken aller drei Bereiche

Die Clusteranalyse über ausreichend besetzte Kategorien aller drei Bereiche erbrachte sechs interpretierbare Variablengruppierungen, die teilweise mit bereits vorgefundenen und besprochenen Clustern identisch sind,z.T. aber auch neue Gesichtspunkte liefern.
Die im Cluster I (vgl. Abb.10) zusammengefaßten Techniken besagen,daß die hier untersuchten Patienten,die ihre Krankheit wahrnehmungsmäßig abwehrten,eher dazu tendierten,sich im Sozialkontakt evasiv-passiv zu verhalten,indem sie sich dem Gang der Ereignisse überlassen.Die Neigung,sich an Normen anderer anzupassen,war bei dieser Gruppe geringer ausgeprägt.Bemerkenswert ist,daß die Technik des 'perceptual defense' mit keiner anderen Technik,die eine irgendwie geartete Auseinandersetzung beinhaltet,zusammenhängt.
In einer zweiten Gruppierung (II) wird die im 'Sozialbereich' vorgefundene negative Beziehung zwischen 'Bejahen' und 'Meiden angsterregender Situationen' durch die Technik 'Niedergeschlagenheit' im Bereich 'Krankheit' erweitert.Dies bedeutet,daß Patienten,die mit ihren sozialen Kontakten nicht zufrieden sind und sich im sozialen Kontext eher evasiv verhalten,auf Krankheitssituationen wie Blutungen stärker mit Niedergeschlagenheit reagieren als Patienten,die eine weniger 'negative Einstellung' zum sozialen Kontakt haben.
Eine weitere Gruppierung (III) faßt die 'psychophysiologische Reaktionsbildung' für alle Bereiche und die 'koordinative Leistung' als Technik im Sozialbereich zusammen.
Eine hypothetische Interpretationsmöglichkeit wurde schon unter 6.6.4 angeboten.Daß die'psychophysiologische Reaktionsbildung'für alle drei Bereiche hoch korreliert,mag z.T. daran liegen,daß es beim Rating nicht immer möglich war,diese Technik exklusiv einem Bereich zuzuordnen.
Anders sieht es z.B. bei der Technik des 'Bejahens' aus,die über alle Bereiche hinweg höher mit anderen Formen der Bewältigung korreliert als mit sich selbst.
Ein viertes Cluster (IV) zeigt noch einmal die unter 6.6.3 dargestellte Variablenkombination der Techniken 'kognitive Leistung', 'Anpassung an institutionelle und/oder sachliche Aspekte..','Tendenz,eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einzubeziehen'

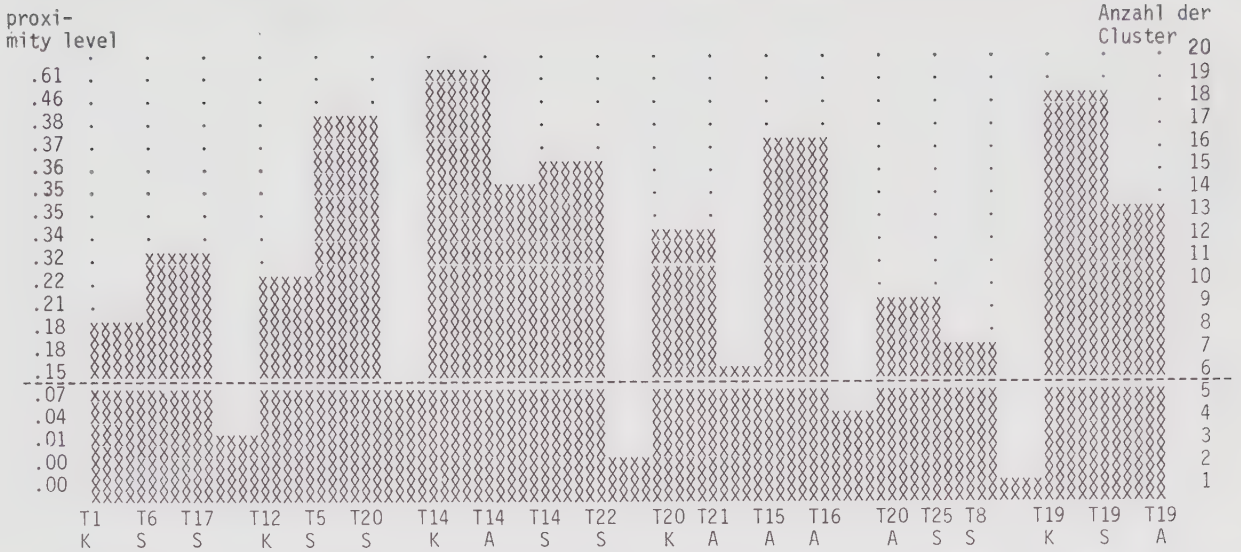


Abb. 10 : Clusteranalyse über Techniken in den Bereichen 'Krankheit','Ausbildung und Beruf ' und 'Sozialkontakt'

unter Hinzufügung der Technik 'Bejahen' der Krankheit.
Positiv formuliert läßt sich diese Kombination kennzeichnen als 'zustimmend akzeptierende Einstellung gegenüber der Krankheit und expansives Leistungsverhalten im Ausbildungs- und Berufsbereich'. Negativ ausgedrückt ergibt sich entsprechend eine 'nicht akzeptierende Haltung gegenüber der Krankheit und kognitives und verhaltensmäßiges Sich-Begrenzen und Sich-Begrenzt-Sehen im beruflichen bzw. Ausbildungsbereich'.
Cluster V faßt die Techniken des 'Bejahens' im Ausbildungsbereich, des assertiven Verhaltens und der Neigung, andere für sich sorgen und/oder entscheiden zu lassen, im Sozialbereich in der Weise zusammen, daß sich folgendes sagen läßt:
Eine bejahende Haltung gegenüber der eigenen Ausbildung oder dem Beruf geht (bei dieser Patientengruppe) einher mit einer stärkeren Tendenz, sich im Sozialbereich zu behaupten, und einer geringeren Neigung, andere für sich sorgen oder entscheiden zu lassen.
Ein sechstes Cluster (VI) schließlich faßt die Techniken der 'positiven Umdeutung' über alle Bereiche zusammen, wobei zwischen den Bereichen 'Krankheit' und 'Sozialbereich' bezüglich dieser Technik die größte Ähnlichkeit besteht ($\tilde{r} = .46^{***}$).

6.6.6 Zusammenhänge zwischen Daseinstechniken und anderen Variablen (Schweregrad der Körperbehinderung,'Compliance',Schulbildung,Länge der Heimselbstbehandlung)

Es war davon ausgegangen worden,daß mit der Schwere der Körperbehinderung die Tendenz zur Wahrnehmungsabwehr ab- und die Neigung zur positiven Umdeutung der Krankheit zunimmt.Wie aus Tabelle 25 ersichtlich,bestätigte sich die erste Annahme nicht und die zweite nur bedingt:

Tab. 25: Statistisch bedeutsame Zusammenhänge (Kendall's tau) zwischen dem Grad der Behinderung und anderen Variablen

	Alter	perceptual defense (Krankh.)	positive Umdeutung (Ausb.Ber.)	"retentiv" (GT-S)	"sozial impotent" (GT-S)
Behinderung	.21*	.26*	.24*	.22*	.26*
Alter		-.22*			

Bezieht man bei der Interpretation dieser Ergebnisse das Alter mit ein,läßt sich folgendes sagen:
Es sind zwar eher die älteren Patienten,die an stärkerer Behinderung leiden,eine höhere Neigung,unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen wahrnehmungsmäßig abzuwehren,findet sich jedoch eher bei den jüngeren Patienten,die schwerer behindert sind.
Unabhängig vom Alter nimmt dagegen mit der Schwere der Behinderung die Neigung zur'positiven Umdeutung'zu.Daß sich dieser Zusammenhang entgegen der Annahme nicht auf den engeren Bereich 'Krankheit' bezieht,läßt sich vielleicht aus der relativen "Unvereinbarkeit" der Techniken der'positiven Umdeutung' und 'perceptual defense' erklären: wenn die mit der Krankheit verbundenen Gefährdungen nicht wahrgenommen werden (sollen),brauchen sie auch nicht uminterpretiert zu werden.
Wie weiterhin der Tabelle zu entnehmen ist,beschrieben sich die Patienten mit schwererer Behinderung eher als 'retentiv' im Sinne von verschlossen und zurückhaltend und als'sozial impotent' im Sinne von ungesellig und im heterosexuellen Kontakt befangen.

Als eine weitere wesentliche klinische Variable war das Ausmaß der Kooperation der Patienten (Compliance) aufgeführt worden. Zieht man auch hier wieder nur die statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen dieser Variablen und Daseinstechniken heran, ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 26: Zusammenhang zwischen "Compliance" und Daseinstechniken

	Bejahen (Krankheit)	psychophysiologische Reaktionsbildung (Krankheit)	(Sozialbereich)
Compliance	.29*	-.32*	-.28*

Erwartungsgemäß zeigen die Patienten ein höheres Maß an 'Compliance', die ihre Krankheitssituation bejahen. Patienten, die - bezogen auf die Krankheit und auf den sozialen Bereich - stärker psychophysiologisch reagieren, kooperieren dagegen im medizinisch-therapeutischen Bereich weniger gut.
Die zwischen 'perceptual defense' und 'Compliance' postulierte negative Beziehung ließ sich durch die Daten nicht stützen. Der korrelative Zusammenhang betrug nur γ =-.06. Auch die Vermutung, daß Patienten, die - bezogen auf ihre Krankheit - über ein höheres Maß an Willensleistung - vor allem bei der Überwindung von Schmerzen - berichten, 'compliant patients' sind, bestätigte sich nicht (χ^2 = .03 n.s.). Man könnte vermuten, daß die hier definierten Anforderungen für 'Compliance' eine andere Qualität haben als die (Schmerz-) situationen, in denen die Patienten 'direktive Leistungstechniken' zeigten.
Als weitere Variable wird die Länge der Heimselbstbehandlung gesondert betrachtet. Es ist von Interesse, ob die durch die Heimselbstbehandlung bewirkten Veränderungen im Leben der Patienten auch in der Bevorzugung oder Vernachlässigung bestimmter Daseinstechniken ihren Niederschlag finden.
Tabelle 27 gibt die statistisch bedeutsamen Beziehungen zwischen der Länge der Heimselbstbehandlung und Daseinstechniken unter Einbeziehung des Alters wieder.
Zunächst ist festzustellen, daß die älteren Patienten dieser Stichprobe länger die Heimselbstbehandlung praktizieren.

Tab. 27: Statistisch bedeutsame Beziehungen zwischen Länge der Heimselbstbehandlung und Daseinstechniken (Kendall's tau)

	Alter	Eigene Grenzen ..einbeziehen (Ausb/Beruf)	kognitive Leistung (Ausb/Beruf)	andere..sorgen lassen (Sozialbereich)	koordinative Leistung (Sozialbereich)
Länge der Heimselbstbehandlung	.21	.26	-.29	.20	.37
Alter		.30	-.20	-.21	

Entgegen der Annahme,daß diese Behandlungsform zu einer - auch subjektiv erlebten - Erweiterung beruflicher und ausbildungsbezogener Möglichkeiten führt,zeigt sich,daß das Gegenteil der Fall ist.Jedoch muß auch hier die Beziehung zum Alter berücksichtigt werden: es sind eher die älteren Patienten,die dazu tendieren, im Ausbildungs- bzw. Berufsbereich eigene Grenzen zu sehen.Auch das Ausmaß der 'kognitiven Leistung' im Sinne von Dazu-Lernen-Wollen und Informationssuche nimmt mit der Dauer der Heimselbstbehandlung und zunehmendem Alter ab.Verständlich wird dies da - raus,daß die meisten jüngeren Patienten dieser Gruppe sich noch in der Aus- oder Weiterbildung befanden bzw. eine solche anstrebten,während die älteren einen Status Quo erreicht hatten,über den sie tatsächlich oder aus subjektiver Sicht nicht mehr hinauskommen würden.

Es zeigte sich weiterhin,daß die Neigung,andere für sich entscheiden oder sorgen zu lassen,mit der Dauer der Heimselbstbehandlung zunimmt,mit dem Alter jedoch negativ korreliert.Dies bedeutet,daß jüngere Patienten mit zunehmender Dauer der Heimselbstbehandlung stärker dazu tendieren,von der Umwelt Leistungen zu fordern und Verantwortung an sie abzugeben.Dies bezieht sich einmal auf den Wunsch nach eigenen Kindern,der entweder mit erhofften weiteren Fortschritten der Medizin auf dem Gebiet der Hämophilie oder mit bereits zufriedenstellender medizinischer Versorgung,die auch hämophilen Enkel zumutbar sei,gerechtfertigt wurde.Manche Patienten meinten auch,es sei die Entscheidung ihrer erbbelasteten Töchter, ob sie das Risiko,hämophile Söhne oder erblich belastete Töchter zur Welt zu bringen,eingehen wollen.

Neben diesem Aspekt fand sich - auch eher bei jüngeren Patien-

ten - eine Erhöhung des Anspruchsniveaus gegenüber den von der Gesellschaft oder den Ärzten zu erbringenden Sonderleistungen oder Vergünstigungen.
Eine eindeutig positive Beziehung ließ sich in dieser Untersuchung zwischen der Dauer der Heimselbstbehandlung und dem von den Patienten berichteten Ausmaß der 'koordinativen Leistung' feststellen.
Das bedeutet,daß mit der Dauer der Heimselbstbehandlung die 'Stiftung und Pflege von Kontakten' und das Engagement der Patienten in Gruppen und/oder Vereinen zunimmt.
Auf das Ergebnis,daß zwischen der Schulbildung der Patienten und der Art und Ausprägung ihrer Daseinstechniken kaum Beziehungen feststellbar waren,wurde schon an anderer Stelle eingegangen (vgl. 6.1.3).

6.7 Daseinstechniken 'früher' und 'heute'

Wie unter 4.5.2 erläutert,wurde der Zeitaspekt von Daseinstechniken im Lebenslauf insofern berücksichtigt,als über 'heute aktuelle' Formen der Bewältigung hinaus auch ein Rating hinsichtlich 'früher' gezeigter Techniken - bezogen auf die Schilderung der Patienten - vorgenommen wurde.
Es ist noch einmal zu betonen,daß dies nicht im Sinne einer Veränderungsmessung zu verstehen ist.
Abb.11 a,b,c (S.163f) zeigen im Vergleich die Häufigkeiten der Formen der Verarbeitung,wie sie von den Patienten als früher und heute aktuell geschildert wurden.Dabei wird deutlich,daß im Bereich 'Krankheit' (=unmittelbare Krankheitszeichen,mittelbare Krankheitsfolgen) mehr Patienten nach eigenen Angaben früher auf Krankheitszeichen mit 'Niedergeschlagenheit' antworteten.Andererseits hatten auch mehr Patienten den Eindruck,daß sie früher zur Bewältigung ihrer Krankheit stärkere Willenleistung (direkt.L.) aufbrachten.Ein Patient drückte dieses Erleben folgendermaßen aus:

" Wie gesagt,das ist alles positiv,diese Heimselbstbehandlung. Aber andererseits habe ich an mir festgestellt - ich habe auch schon mit anderen darüber gesprochen - wenn man jetzt was hat, eine Blutung..oder eine Nacht Schmerzen..,dann meint man schon, 'Gott-weiß-was' durchgemacht zu haben..Man ist nichts mehr gewohnt..man kann keine Stunde mehr den Schmerz aushalten..."

Das'Aufgreifen von Chancen',das sich im Bereich'Krankheit' vor allem darin äußerte,daß die Patienten alle Möglichkeiten wahrnahmen,von denen sie sich eine Verbesserung ihres Krankheitsbildes versprachen,war mit dem Beginn der Heimselbstbehandlung nicht mehr so notwendig und trat weniger häufig auf.
Ebenfalls aus der Verbesserung der medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten ist zu verstehen,daß mehr Patienten ihre Krankheitssituation bagatellisieren und- vor allem - bejahen als sie es früher taten.
Andererseits wurden jedoch auch mehr heute aktuelle psychophysiologische Reaktionen berichtet.Es bleibt zu fragen,ob solchen funktionellen Beschwerden in der bedeutend bedrohlicheren Krankheitssituation vor Beginn der Heimselbstbehandlung weniger Beachtung geschenkt wurde.Ein Hinweis dafür ist die Tatsache,daß den Patienten bei der Frage nach früheren Krankheiten und/oder Beschwerden

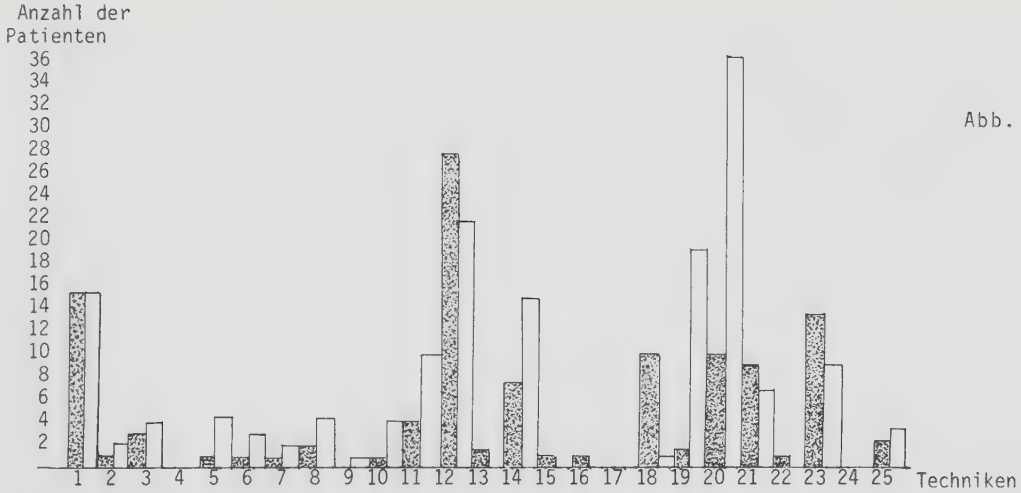


Abb. 11a : Techniken früher und heute

Bereich: 'Krankheit'

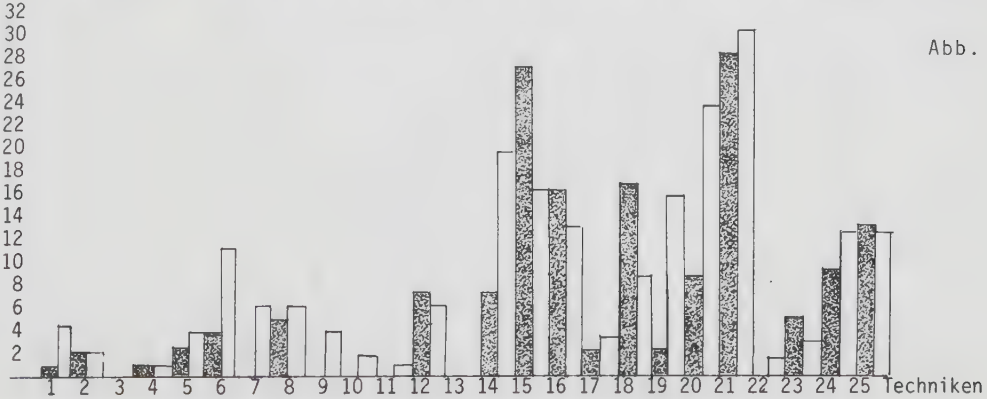


Abb. 11b: Techniken früher und heute

Bereich 'Ausbildung u. Beruf'

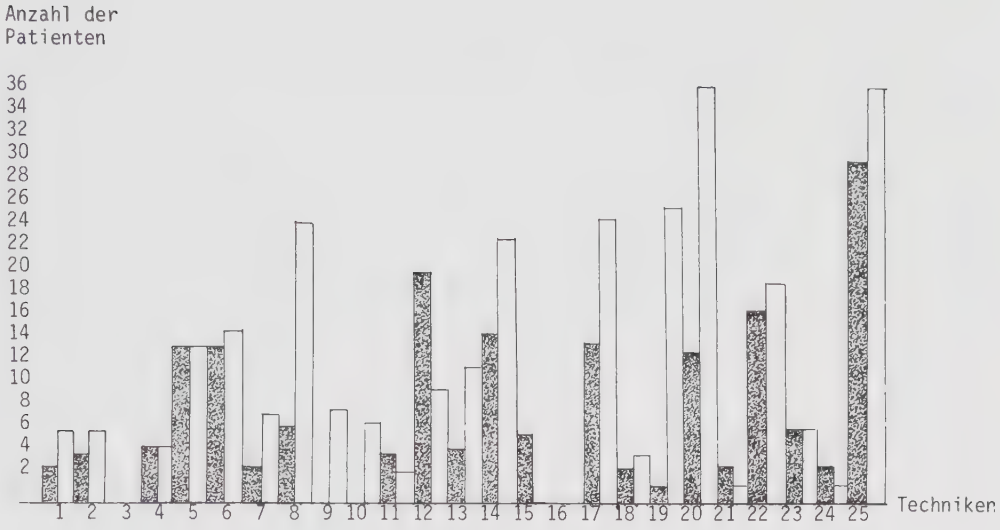


Abb. 11 c : Techniken früher ▒▒▒ und heute ☐

Bereich 'Sozialkontakt'

außer Hämophilie und Hepatitis so gut wie nichts einfiel.
Allerdings besteht auch die Möglichkeit,daß - weiter bestehende - existentielle Ängste nun eher auf der physiologischen Ebene "ausgetragen"werden (BROWNE et al. 1960; KIPNOWSKI und KIPNOWSKI 1979).
So äußerte ein Patient,der bereits seit 6 Jahren die Heimselbstbehandlung praktiziert:

" Hoffentlich halte ich das dann durch,wenn wir da und dahin wollen.Es geht mir heutzutage noch so.Die Angst steckt immer noch in einem drin..."

Daß die Formen der Bewältigung,die sich als 'positive Umdeutung' bezeichnen lassen,heute stärker akzentuiert sind als früher,entspricht eigentlich nicht der dieser Technik zugrundeliegenden Hypothese (vgl. S.120f).
Es ist jedoch zu bedenken,daß es vom Patienten einen hohen Reflexionsgrad und ein weitgehendes Abstrahieren von der Gegenwart erfordert,wenn er über früher von ihm praktizierte 'positive Umdeutung' berichtet (,auch wenn er diesen Terminus natürlich nicht gebraucht). Nur von wenigen Patienten kamen entsprechende Äußerungen.Positive Umdeutung läßt sich demnach nur oder fast ausschließlich als 'aktuelle'Technik erfassen.
Die heute bedeutend häufiger geäußerte Zufriedenheit mit der Krankheitssituation gegenüber früher ist aus den Therapiemöglichkeiten unmittelbar verständlich .
Auch im Bereich 'Ausbildung und Beruf' zeigen sich hinsichtlich der Techniken 'positive Umdeutung' und 'Bejahen' dieselben Tendenzen wie im Bereich 'Krankheit',obwohl beide Techniken hier insgesamt weniger vorkamen.
Auch die stärkere Akzentuierung von psychophysiologischen Reaktionen und die seltenere Erwähnung der Technik 'Aufgreifen von Chancen' sind den im Bereich 'Krankheit' festgestellten Tendenzen vergleichbar.
Entgegen dem Befund,daß mit der Länge der Heimselbstbehandlung und mit zunehmendem Alter die Neigung,'eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einzubeziehen',ansteigt,zeigt sich hier,daß mehr Patienten diese Technik als früher vorkommend berichteten.
Andererseits ist zu bemerken,daß die Neigung'sich an den Gang der Ereignisse zu überlassen',heute stärker akzentuiert wird.

Im 'Sozialbereich ist die Situation bezüglich der Techniken 'Psychophysiologische Reaktionsbildung','positive Umdeutung' und 'Bejahen' der in den Bereichen'Krankheit' und Ausbildung und Beruf' vergleichbar.
Allerdings läßt sich hier eine Zunahme der Neigung,andere für sich sorgen und/ oder entscheiden zu lassen,feststellen.Hierfür spricht auch die statistisch abgesicherte positive Beziehung zwischen der Länge der Heimselbstbehandlung und der 'Neigung,andere für sich sorgen und/oder entscheiden zu lassen'(vgl. 6.6.6).
Die Techniken des 'Rationalisierens' und 'Intellektualisierens' wurden von den Patienten nur als 'aktuelle' Techniken gezeigt. Dies liegt vermutlich daran,daß diese Formen der Verarbeitung ja eine gewisse'kognitive Umstrukturierung' im Sinne einer persönlichen'Umdeutung' bedeuten,aus dem Gesagten nur indirekt zu erschließen und als zurückliegende Techniken - ebenso wie die 'positive Umdeutung' nur schwer zu erfassen sind.
Eine häufigere Erwähnung fand auch die Technik der 'Anpassung an die Normen anderer'.Dieser Kategorie liegen Äußerungen von Patienten zugrunde,die den Wunsch widerspiegeln, sich von anderen im Verhalten nicht zu unterscheiden.Motiviert ist dieses Verhalten häufig durch den Wunsch,sich als 'gleichwertig' zu erweisen und den anderen und sich selbst zu zeigen,daß man trotz der Krankheit genauso Geld verdienen,heiraten,Kinder bekommen und ein Haus bauen kann wie andere.
Ein extremes Beispiel ist vielleicht die Äußerung eines Patienten, der angab, daß er für ein Segelboot spare und dieses dann "Na siehste" nennen wolle.Meistens hatten die zu dieser Kategorie gezählten Techniken der Patienten jedoch nicht solche offensichtlich kompensatorischen Züge.Die stärkere Akzentuierung dieser Techniken 'heute' mag zum einen daran liegen,daß der durch die Heimselbstbehandlung vergrößerte Handlungsspielraum nun auch mehr Möglichkeiten läßt,sich gemäß familien- oder gruppenspezifischen Normen -die auch den eigenen meist entsprachen - zu verhalten.
Andererseits darf natürlich nicht vergessen werden,daß die meisten Patienten dieser Untersuchungsgruppe auch in dem Alter sind,in dem Ziele wie Heirat,Kinder,eigenes Haus etc. 'developmental tasks' darstellen,die vielleicht nur stärker betont werden als

bei Gesunden.
Als letztes ist noch auf eine etwas stärkere Akzentuierung der 'assertiven Technik' gegenüber früher hinzuweisen.Möglicherweise hängt die Tatsache,daß mehr Patienten über heute von ihnen gezeigte Verhaltensweisen der Durchsetzung und des Widerstandes berichten,mit einem durch die Behandlungssituation gestärkten Selbstbewußtseins zusammen.Wie unter 6.2.2 dargestellt,gilt das für etwa 20 Patienten dieser Gruppe.
Einschränkend ist zu den in diesem Abschnitt dargestellten Befunden zu sagen,daß bei der Erhebung eines Lebenslaufes gegenwärtige oder nicht weit zurückliegende Ereignisse und Verhaltensweisen meist detaillierter berichtet bzw. erinnert werden als weiter in der Vergangenheit liegende.
Daher sind vor allem "Zunahmen" von Formen der Bewältigung,wenn sie in einer Querschnittsuntersuchung wie in dieser hervortreten, nicht ohne Vorbehalte zu interpretieren.

6.8 Formen der Auseinandersetzung,die den definierten Kategorien nicht zuzuordnen waren

Neben der Zuordnung der Gesprächsinhalte zu den definierten Techniken wurden auch solche Verhaltensweisen notiert,die möglicherweise als Formen der Bewältigung angesehen werden können,für die jedoch keine Kategorien bereit standen.
So schilderten 4 Patienten,daß ihnen bei der Bewältigung der mit ihrer Krankheit verbundenen Schmerzen und Einschränkungen ihr Glaube geholfen habe.Heute sei das jedoch nicht mehr der Fall. Dahingegen erlebte ein weiterer Patient,der erst vor einiger Zeit einer Glaubensgemeinschaft mit strengen Vorschriften für die Lebensführung beigetreten war,die Stützung durch den Glauben in aktueller Weise.
Ob die Hinwendung zum Glauben eine evasive Technik darstellt,kann und soll hier nicht entschieden werden.Es wäre jedoch zu überlegen,ob eine 'religiöse Einstellung' nicht eher als Daseinsthematik aufzufassen ist.
Letztere Oberlegung gilt auch für die bei sechs Patienten deutlich ausgeprägte Tendenz zum Vorsorgen und Planen,die zur 'Thematik der antizipatorischen Störungsregulation' (THOMAE) zu zählen wäre.
Wesentlich - aber hier nur bei einem Patienten feststellbar - ist die Technik des Sich-Ablenkens (LAZARUS: attention displacement). Da sie eine gesteuerte Form der Auseinandersetzung bei gleichzeitigem Erkennen der Situation darstellt,wäre sie von den defensiven Techniken abzuheben.Insofern,als sie eine 'Vertagung' der Bewältigung implizieren kann,ist sie eine evasive Verhaltensweise.
Nicht ohne weiteres möglich war auch die Zuordnung der von vier Patienten gezeigten Selbstreflexion und Kritik an eigenen Daseinstechniken.Als Kategorie bietet sich hier die'kognitive Leistung' an,jedoch treffen die Bereiche 'Krankheit',Ausbildung und Beruf' und 'Sozialkontakt' nicht zu.
Eine wichtige Verhaltensweise,von der allerdings nur drei Patienten berichteten,kann als 'Katastrophenreaktion' bezeichnet werden. Sie äußert sich z.B. in Schreien oder massiven Angstzuständen, deren Intensität keine 'geordnete' Bewältigung mehr zuläßt.Solche

Reaktionsweisen traten bei unerträglichen Schmerzen auf oder wenn die Krankheitssituation lebensbedrohlich war.Inwieweit andere Patienten ähnliche Erlebnisse hatten,muß hier offen bleiben.Die Fähigkeit und vor allem die Bereitschaft,sich an solche Extremsituationen zu erinnern bzw. darüber zu berichten,ist sicherlich nicht immer vorhanden.

Weiterhin wurden noch folgende Verhaltens- bzw. Erlebensweisen berichtet,die zwar nicht als Techniken im engeren Sinne zu bezeichnen sind,die jedoch für die Charakterisierung der untersuchten Gruppe Bedeutung haben:

Drei Patienten schilderten starke Gefühle der Isolierung und des "Anders-Seins".Zwei Patienten litten unter dem Gefühl der Unterlegenheit,ein Patient hatte massive soziale Ängste.Diese Erlebensweisen können als Formen - subjektiv empfundener - eingeschränkter sozialer Resonanz und Kompetenz aufgefaßt werden.Drei Patienten,die von diesen negativen Erlebensweisen berichteten,waren in ihrem Verhalten gegenüber der Untersucherin und den Ärzten sehr gehemmt.Einer dieser Patienten zeigte gleichzeitig sporadisch ausgeprägtes aggressives Verhalten,das die medizinische Betreuung erschwerte.

Zusammenfassend betrachtet,wurden folgende Verhaltensweisen bei den Patienten gefunden,die sich dem Kategorienschema nicht zuordnen ließen:

a)	Hinwendung zum Glauben/zu religiösen Inhalten (hier im Sinne von Hilfe bei der Bewältigung belastender Situationen)	4 Patienten
b)	Vorsorgen,Planen (Thematik der antizipatorischen Störungsregulation -- THOMAE)	6 Patienten
c)	Sich bewußt ablenken (attention displacement -- LAZARUS)	1 Patient
d)	Selbstreflexion und Kritik an eigenen Daseinstechniken	4 Patienten
e)	Katastrophenreaktion (ego-failure -- HAAN)	3 Patienten
f)	Gefühl der Isolierung,des Andersseins,der Unterlegenheit	5 Patienten
g)	Soziale Ängste	1 Patient

Für eine Erweiterung des Auswertungsschemas der Daseinstechniken kämen die unter c) und e) genannten Verhaltensweisen in Frage.

6.9 Zwei exemplarische Biographien

Obwohl die Untersuchungsmethode als idiographisch charakterisiert werden kann,dominiert bei der zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse eine weitgehend summarische Betrachtungsweise.
Diese notwendige Quantifizierung läßt der Schilderung der Individualität eines jeden Patienten naturgemäß wenig Raum.
Um dem Leser dennoch einen Eindruck von der speziellen Biographik der Patienten zu vermitteln,sollen Ausschnitte aus den Lebensläufen zweier Patienten exemplarisch wiedergegeben werden.
Beide Patienten leiden unter Hämophilie A (Restakt.unter 1%).
Patient A war zum Zeitpunkt der Untersuchung schwer,Patient B mittelschwer behindert.
Unter dem Gesichtspunkt der Kooperationsbereitschaft bei der medizinischen Therapie betrachtet,wurde Patient A als optimal mitarbeitend eingeschätzt (Rating 4),Patient erhielt das Rating 3.
Die Auswahl gerade dieser Patienten hatte einen praktischen Grund.Aufgrund ihrer stringenten Lebenslaufschilderungen,die nur wenige Zwischen- oder Nachfragen notwendig machten,war eine relativ knappe Sizzierung wesentlicher Lebensabschnitte bzw. der mit Erlebnissen und Ereignissen verbundenen Bewältigungsstrategien möglich.
Neben einer Erwähnung der wichtigsten Techniken,die sich in den Äußerungen widerspiegeln,wird auch auf Thematiken eingegangen,die sich in den Gesprächsinhalten manifestieren.

6.9.1 Lebenslaufschilderung von Herrn A

Herr A wurde 1957 in einer Großstadt geboren und war zum Zeitpunkt des Gesprächs 20 Jahre alt.Sein Vater ist Abteilungsleiter in einer städtischen Verwaltungsstelle,seine Mutter hat eine Ausbildung als Kindergärtnerin,war jedoch seit der Geburt des ersten Kindes nicht mehr berufstätig.

Herr A ist das zweite und letzte Kind; sein 3 Jahre älterer Bruder,der ebenfalls an Hämophilie litt,verstarb 1970 an einer inneren Blutung.

Aufgrund der positiven Familienanamnese wurde die Bluterkrankheit bei Herrn A schon einige Wochen nach der Geburt diagnostiziert.

In den ersten 6 Lebensjahren hat Herr A nach eigenen Angaben ein "normales Leben" geführt,obwohl er mehrmals - wie oft,weiß er nicht mehr - im Krankenhaus lag.Drei Jahre lang habe er auch den Kindergarten besucht.

"Ich war ein ziemlich normales Kind,glaube ich,ein bißchen wild, ein bißchen frech - fast,wie man es von einem kleinen Jungen erwartet."

1963 wurde er eingeschult,erhielt aber zunächst nur Heimunterricht. Sporadisch besuchte er die Schule,aber bis 1969 waren es nur etwa 3 Jahre,die er in der Klasse anwesend war.

"Mein ganzer Unterricht ist fast zuhause durchgeführt worden,d.h., mit zunehmender Invalidisierung ...bin ich vom Kontakt mit meinen Klassenkameraden weggezogen worden.Eine Schutzmaßnahme,kann man sagen."

Während seiner kurzen Besuche in der Schulklasse habe er sich nicht besonders wohlgefühlt:

"Es gab schon damals einen Unterschied,konnte ich spüren.Ich fühlte mich fremd...Es gibt ja immer Cliquenbildungen,und wenn man nicht da ist längere Zeit,dann kommt man nicht in solche Cliquen rein.So fühlte ich mich ziemlich isoliert...Es gab auch später kaum eine Verbindung zu den anderen.Damals hatte ich vielleicht, wenn ich einen Ausdruck aus Ihrem Fragebogen benutzen darf,das Gefühl,daß ich gelenkt wurde von Kameraden,die mir nicht lagen.Also, daß ich nicht darüber entscheiden konnte,mit wem ich zusammensein wollte."

In den Äußerungen von Herrn A zur Schulzeit deutet sich bereits eine Thematik an,die sich später stärker akzentuiert: die Thematik der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit.

In seiner Beziehung zu Gleichaltrigen (Sozialbereich) schildert

sich Herr A als isoliert,wobei die Distanzierung von den Kameraden ausgeht,die ihn nicht in ihre Clique aufnehmen.Später wird deutlich,wie Herr A sich seinerseits innerlich von Gleichaltrigen distanziert.Diese Verhaltensweise - mag man sie als Reaktion auf die Außenseiterrolle deuten oder nicht - ist dann als Technik aufzufassen,die vorübergehend fast zur'Thematik der sozialen Abhebung' wird.

Ab 1964 wurden die Blutungen in den Gelenken häufiger und stärker, so daß Herr A nur noch 100 m weit gehen konnte.Als man 1969 versuchte,ihn mit Konzentrat zu behandeln,stellte man Hemmkörper fest, die eine Substitution des Gerinnungsfaktors unmöglich machten.
1970 führt die eigene sich verschlechternde gesundheitliche Situation und der Tod des Bruders zu einer persönlichen Krisensituation:

"Im Sommer 1970 kriegte ich eine sehr ernste Sehnensprengung.Ich mußte,um die Schmerzen auszuhalten,am ganzen Körper spannen,und ich bekam dadurch Blutungen in beiden Knien,in den Sprunggelenken und im linken Ellenbogen.Ich konnte nicht liegenbleiben vor Schmerzen, mußte rumgehen,und dadurch habe ich meinen Knien auch sehr geschadet.
Am Ende konnte ich gar nichts machen und mußte ins Krankenhaus,wo man mich ohne Erfolg mit Faktor VIII behandelt hat.Dies wurde der Anfang eines Krankenhausaufenthaltes von 9 Monaten...
Und damals,1970,fügte sich wahrscheinlich auch eine psychische- sagen wir,eine..psychische..nicht Krankheit,sondern ein schwieriger Zustand..Es ist schwierig zu akzeptieren,daß man behindert geworden ist und daß es nicht zu verbessern ist.
Jedesmal,wenn man versuchte,während dieses Aufenthaltes etwas zu tun,mich zu therapieren,kriegte ich eine Blutung,und man sah ein, daß es nicht ging.
Ich bin immer sehr trotzig gewesen,ich habe immer meinen Willen haben wollen,weil ich meinte - und meine -,ich bin dazu fähiger als die meisten zu beurteilen,was für mich gut ist,z.B.,was ich ertragen kann,ohne eine Blutung zu kriegen.Man kann ruhig sagen,daß ich früh ziemlich selbstbewußt war,aber als ich jung war,mußte es meist wie Trotz aussehen,glaube ich.
Und damals habe ich also gesagt,ich werde dieses Krankenhaus nicht verlassen,bevor man mich auf die Füße gebracht hat.
Ich weiß nicht,ob es eine Trotzreaktion war,oder ob es eine Reaktion war,die darauf beruht,daß ich meine Immobilität nicht akzeptieren konnte - ich weiß es nicht.
Dazu kam,daß am 1.Okt.1970 mein Bruder an einer Krankheit starb,die in Verbindung mit seiner Hämophilie stand,also eine Blutung im Bauch war das,wie ich mich erinnere,und das hat mir natürlich auch einen Schlag gegeben.
Ich war..ich bekam,glaube ich,eine Depression danach von der Dauer von etwa -sagen wir - einem Monat.Also - in derselben Zeit behindert zu werden und seinen Bruder zu verlieren - war ziemlich viel auf einmal...Und es war eine ganz neue Situation: wenn ich nach

Hause kam,sollte ich nicht nur der Tatsache ins Auge sehen,behin - dert zu leben,sondern auch in einer neuen Familiensituation...Das war vielleicht auch ein Motiv dafür,etwas länger im Krankenhaus zu bleiben,als es Sinn hatte.
Es war ja zu der Zeit wahrscheinlich für die Ärzte klar,daß ich nicht wieder gehen können würde.
Ich wußte nichts Genaues darüber.Hätte ich diese Klarheit gehabt, hätte man mir erzählt,wie es stand,dann würde es vielleicht nicht so lange gedauert haben,bis ich diese Situation mehr oder weniger akzeptierte.."

Das von Herrn A geschilderte und interpretierte Verhalten weist darauf hin,daß er die Behinderung zum damaligen Zeitpunkt zu - nächst nicht wahrhaben wollte (perceptual defense).Die Tatsache, daß er damals - immerhin erst dreizehnjährig - vorübergehend die Situation nicht in für ihn idealer Weise bewältigte,kann er anscheinend heute noch nicht ganz akzeptieren,wie auch weiter unten noch deutlich wird.

Er sieht die Schuld auch etwas bei den Ärzten,die ihm nicht gesagt hätten,wie es wirklich um ihn stand,so daß er sich noch Illusionen machen konnte (Rationalisieren).

Das "trotzige" Verbleiben im Krankenhaus hatte neben einer 'regressiven' Komponente (Andere ..sorgen lassen)auch das Ziel,die Rückkehr in die durch den Tod des Bruders veränderte,belastende Familiensituation hinauszuzögern (Meiden..).

Auf die 'etwa einmonatige' Depression (Niedergeschlagenheit) kommt Herr A noch einmal zurück.

Bemerkenswert ist neben der sachlich-kühlen (intellektualisierenden) Darstellungsweise auch die Betonung des trotzigen Charakters seines damaligen (und heutigen) Verhaltens.Die Thematik der Selbstbestimmung manifestiert sich hier als assertive Technik.

"Ich kam dann im März 71 wieder nach Hause,fing mit dem Unterricht wieder an,zuerst ohne große Lust.
Glücklicherweise -kann ich sagen - bekam ich einen Lehrer zu der Zeit,das war im Winter 71,der Biologie und Sport am Seminar studierte..Er gab mir ein Interesse für die Natur,das ich noch nicht verloren habe..und ich glaube,das gab mir ziemlich viel und bewirkte, das ich nicht ganz in mich hineinsank,sondern mich noch dem Außen zuwenden konnte.
Es ist natürlich nicht ein Interesse,das man als sehr sozial be - zeichnen kann,und deshalb,glaube ich auch,hat mein Eifer dafür etwas nachgelassen in späteren Jahren..Aber damals war es bestimmt am Anfang eine große Hilfe.
Ich fing systematisch an,die Natur kennenzulernen und kam zu einer

wissenschaftlichen Erkenntnis von der Natur,wurde mit Darwins Lehre bekannt,und das gab mir vielleicht alles eine gewisse zynische Haltung gegenüber der Welt.
Das war vielleicht meine Reaktion auf das Ganze..Ich wurde skeptisch,und ein Schriftsteller wie Nietzsche war mir lieb und konnte mir auch viel sagen,das ich durch meine Erfahrungen irgendwie bestätigt fand.
Ich war wahrscheinlich zu jung,um es richtig zu beurteilen,aber es gab mir jedenfalls etwas,um mir eine Lebenshaltung zu machen, um ein Gegengewicht zu haben gegen Erlebnisse,die vielleicht etwas zu stark,etwas zu schwer zu tragen waren.Und das dauerte ziemlich lange...
Als ich mit diesem Interesse anfing,habe ich mich auch mit anderen Dingen beschäftigt und dabei Interesse gefunden.Die Lehrer verstanden es,mich zu motivieren,und ich hatte vielleicht auch immer diesen Willen..Also,von Natur aus will ich lieber als nachzugeben,auch,um dadurch sagen zu können,ich habe die Grundlage,um selber entscheiden zu können.
Wie gesagt,ich bin ein bißchen trotzig - jedenfalls gewesen - ich will gerne,daß ich selber meine Urteile aussprechen kann,selber mein Leben dirigieren kann.
Und ich empfand es damals als notwendig,eine solche Einstellung haben zu können,also z.B. bemühte ich mich sehr,in der Schule etwas zu erreichen,das gut war,um sagen zu können: ich bin also fähig,selber entscheiden zu können..man braucht nicht für mich zu entscheiden.
Es kann auch sein,daß das eine Reaktion darauf war,daß ich also in einer kleinen Periode ganz kraftlos und willenlos war,eine Reaktion auf dieses Erlebnis,eine Reaktion darauf,daß auch die Außenwelt mich als schwach beurteilt hatte.
In dieser Periode - in dem Monat nach dem Tode meines Bruders - hat man mich mit Librium behandelt..in einer kurzen,kleinen Periode - ich konnte keinen Effekt spüren,und man hörte bald damit auf.
Also, daß man mir so etwas gegeben hatte,hat auch meinen Trotz angestachelt.Ich wollte mich als unabhängiger Mensch zeigen.Und dies hängt wahrscheinlich mehr mit meinem Charakter zusammen als mit meiner Krankheit."

Das sich nach anfänglicher Unlust deutlich manifestierende Bemühen um (kognitive) Leistung zeigt zunächst stark kompensatorische Züge.Herr A schildert es als eine Verhaltensweise,die seine kurze "Schwächeperiode" wiedergutmachen soll.

Die kognitive Leistung steht hier - als instrumentelle Einheit - im Dienst der Unabhängigkeitsthematik.

Dies gilt jedoch auch für die "innere Distanzierung",die Herr A als"zynische Haltung gegenüber der Welt"bezeichnet und die er - sich identifizierend - der Literatur (speziell Nietzsche) entnimmt.

"Ich fing damit an,ernst an meinen Schularbeiten zu arbeiten,und ich sah bald,daß es gute Ergebnisse gab.Und das hat mich ein bißchen stabilisiert.
Ich habe ein sehr ruhiges Leben zuhause geführt.Meine Lehrer vom Gymnasium kamen zu mir und unterrichteten mich.
Mein Leben spielte sich meistens in meinem Zimmer ab,wo ich im Bett liegen mußte.
Es war nach 1970 so,daß ich nur ganz kurze Zeit in meinem Stuhl sitzen konnte - so etwa eine Dreiviertelstunde.Und wenn ich länger saß,bekam ich eine Blutung.
Ich lag also meistens in meinem Bett,konnte ab und zu in die Stube hereinfahren,etwas fernsehen,Schallplatten hören u.s.w.
Wie gesagt,diese Periode war ruhig.Ich war sehr in mein Studium vertieft.Man kann vielleicht,wenn man ein bißchen bösartig ist, sagen,daß es eine Kompensation war.Kann sein.
Aber ich fand wirklich und ernsthaft Interesse daran.Ich merkte, daß man zu einem hohen Grad von Zufriedenheit kommt,wenn man irgendwie eine Disziplin beherrscht.Es ist gut zu wissen,daß man mit seinem Gehirn etwas kann,etwas erreichen kann.
Das einzige Gefühl,das mich damals störte,war eine Spaltung -ich bin nicht schizophren - eine Spaltung zwischen Kopf und Körper, also..zu wissen,daß es mit dem Körper immer schlimmer wird,daß man immer mehr behindert wird und daß man mit seinem Gehirn trotzdem immer weiter kommt.Das strebt gegeneinander.
Ich will nicht sagen,daß es eine Belastung war - eher ein merkwürdiges Gefühl.Ich war mir natürlich darüber klar,daß ich sehr bedroht war,und Gedanken an den Tod waren mir ganz gewohnt - allgemein.Ich habe mich auch damit beschäftigt,Selbstmord zu begehen, aber nur als eine Sache in der Zukunft.
Ich wußte,daß ich wahrscheinlich eines Tages ganz behindert sein würde - ich wußte ja nichts von dieser Behandlung - daß ich z.B. nicht mehr würde schreiben können.Und dann stellte sich mir natürlich die Frage,wann dies zuviel sein würde..
Auch,weil die dauernden Blutungen - alle 14 Tage - sehr unangenehm waren.Nicht unangenehm wegen der Schmerzen.Es kommt dabei zu einem Gefühl von Gelähmtsein,das sich über den ganzen Körper verbreitet ....Man möchte sich einfach hinlegen und nicht mehr denken,wenn es richtig ernst ist.Dies steht ja ganz deutlich im Widerspruch zu meiner geistigen Beweglichkeit.Ich wußte auch,daß die Blutungen fast schicksalhaft eine Depression -oder ein depressionsartiges Gefühl - mit sich bringen.
Und ich wußte auch,daß -wenn dieser Zustand sich fortsetzen würde - ich nicht mehr so würde denken können,wie ich schon damals wußte,daß es mir möglich ist.Was würde ich dann tun? Das war für mich damals natürlich eine wichtige Frage,die mich sehr beschäftigt hat. Besonders natürlich in den Jahren,in denen ich das Gefühl hatte, daß es ständig bergab geht...
Ja,es hat mich philosophisch beschäftigt...Camus..,obwohl das nicht ganz meine Situation widerspiegelte.Bei mir ging es ja nicht um Entfremdung allgemein,..ich fühlte mich vielleicht mit dem Geist vom Körper entfremdet.Das war eigentlich diese Spaltungssituation.Und ich fühlte auch,daß es bald dazu kommen würde,daß ich mit meinen geistigen Fähigkeiten nicht mehr das machen konnte,was ich wollte und wozu ich in der Lage war.
Das ist natürlich Quatsch,denn Geist und Körper gehören zusammen,

und natürlich ist meine geistige Fähigkeit auch meine körperliche ..man kann es nicht einfach so unterscheiden,aber es ist ja nun einmal in unserer Kultur so,daß man diese Unterscheidung macht.. unbewußt."

Das Bemühen um kognitive Leistung,das Erfolg und Anerkennung brachte,half Herrn A,die Krankheit zu akzeptieren.Diese "Balance" war jedoch durch die (realistische) Befürchtung gefährdet,die Krankheit könne sich in der Weise verschlimmern, daß die für Herrn A so wichtige kognitive Leistungsfähigkeit eingeschränkt sein würde.

Herr A äußert,er habe sich mit Suzid philosophisch und als eine "Sache in der Zukunft" beschäftigt.Die von ihm damals "für den Ernstfall" antizipierte letzte evasive Reaktion - als eine Form antizipatorischer Störungsregulation - stellt er heute in intellektualisierender Weise dar.

Die mit den Serienblutungen verbundenen Schmerzen und anderen negativen Folgeerscheinungen schildert Herr A aus heutiger Situation höchstens als "unangenehm",insofern,als sie ihn in seiner geistigen Beweglichkeit einschränkten.

Diese Art der Darstellung bzw. die dahinter stehende Sichtweise kann sicherlich bedenkenlos als "bagatellisierend" bezeichnet werden.

Die Situation der fast völligen körperlichen Immobilität und der unbedingten Abhängigkeit von der Hilfe und Pflege anderer Personen,in der sich Herr A sieben Jahre lang befand,ist eine Extremsituation,in die der "gesunde Normalbürger" z.B. durch einen Unfall ebenfalls kommen könnte.Tatsächlich ist eine solche Lage doch recht selten,während sie für einen hämophilen Patienten vor der Konzentratbehandlung realistisch war.

Eine derartige Situation läßt nur intrapsychische Formen der Bewältigung zu,wenn man von der Möglichkeit,sich zu betäuben oder Suizid zu begehen,absieht.

Wie die Auszüge aus der Lebensgeschichte bereits zeigten,ist die innerpsychische Verarbeitung bei Herrn A dominierend.Die Art der Darstellung zeigt ebenfalls,daß Herr A auch noch in der zum Zeitpunkt des Gesprächs veränderten Situation die damals vorherrschende "kognitive" Bewältigung präferiert.

"Und dann,würde ich sagen,bekam ich meinen bisher größten Rückenstoß,also,was mir in einer kleinen Periode jedenfalls sehr gut geholfen hat,das ist,daß ich das beste Abitur im Land gemacht habe.
Und das war ja eigentlich ein ganz angenehmes Gefühl zu wissen, daß man - obwohl es natürlich auch viel davon abhängt,welchen Unterricht man bekommen hat und welche Arbeit man geleistet hat - also zu fühlen,daß man etwas hat,das man anbieten kann,obwohl man mit dem Körper wenig machen kann.
Ja,ich habe es gefühlt,daß..als eine Bestätigung von dem,was ich so halb wußte,daß ich wahrscheinlich reifer war als meine Altersgenossen,daß ich wahrscheinlich einen höheren Grad von Selbstbewußtsein und Lebenserkenntnis u.s.w. hatte,daß mein ganzes Wissen im geistigen Bereich wahrscheinlich größer war.
Dazu kam,daß ich die Bekanntschaft mit einem Klassenkameraden machte - er war aus der Klasse,an die ich administrativ geknüpft war - daß ich ihn also kennengelernt habe und dadurch sehen konnte,wie ein Altersgenosse eigentlich ist,was seine Interessen sind und wie er denkt - oder auch nicht denkt u.s.w.....
Es gab mir die Erfahrung,das Gefühl..die Erfahrung ist vielleicht zuviel gesagt,daß mein Zustand nicht nur ein Zustand des Fehlens war,sondern auch ein Zustand des Bereicherns,also,daß man auch im "Absterben",wie man mit einem Kierkegaard'schen Ausdruck sagt, also auch im Absterben Erkenntnis und Wert kriegen kann.
Und das heißt,ich fing an,eine - sagen wir am Anfang meines 17. Lebensjahres,eine Schönheit im Leiden zu sehen..das ist ein sehr romantischer Ausdruck,aber warum eigentlich nicht...ich fing an, Leiden auch als eine Manifestation meines Ichs,also als einen Ausdruck meiner Identität zu sehen."

Das Kennenlernen eines Gleichaltrigen ,das Herr A ausführlicher beschreibt als es hier wiedergegeben werden kann,und das ausgezeichnete Abiturzeugnis gibt Herrn A erstmals einen äußeren Maßstab,an dem er seine eigenen Fähigkeiten messen kann.Er stellt fest,daß er zwar in physischer Hinsicht unterlegen,auf geistigem Gebiet seinen Alterskameraden jedoch überlegen ist.
Die Thematik der Selbstbestimmung erhält zumindest vorübergehend eine Tendenz zur sozialen Abhebung.
Die durch den Vergleich mit anderen ermöglichte Einsicht in die eigene hohe kognitive Leistungsfähigkeit wiegt die negative Krankheitssituation auf: die Krankheit wird - in positiver Weise umgedeutet - zu einem Zustand des Bereicherns.

Nach dem Abitur stellten sich wieder einige schwerere Blutungen ein.Dennoch begann Herr A,im Fernstudium Sprachen zu studieren. 1977 kam er durch die Vermittlung eines Arztes,der ihn für stabil genug hielt,die noch wenig erprobte,nicht risikolose Hemmkörperbehandlung durchzustehen,nach Bonn.

"Ich fühlte dann zum ersten Mal in meinem Leben,daß man mit seinem Körper arbeiten kann..ich konnte zwar sehen,daß es lange Zeit dauern würde,aber ich bin ja zäh.."

Es kam im Frühjahr 77 zu einer schwerwiegenden Komplikation,die Herrn A in seinen rehabilitativen Bemühungen völlig zurückwarf, ohne daß er jedoch aufgab (physische und direktive Leistung). Zum Zeitpunkt des Gesprächs machte Herr A seine ersten schmerzhaften Gehversuche.

Bezogen auf seine Zukunft sieht Herr A eine Erweiterung seiner Möglichkeiten.Er sei nun nicht mehr unbedingt darauf angewiesen, sich intellektuell zu qualifizieren.Vorher hatte er "seine eigenen Grenzen" darin gesehen,daß er eine hochqualifizierte Ausbildung benötigte,um überhaupt Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu haben.

Herr A kann die Krankheitssituation nun ohne Vorbehalte bejahen,d.h.,er braucht die kognitive Leistung,die vorher als Gegengewicht für die körperliche "Minderwertigkeit" und Abhängigkeit notwendig war,nicht mehr.

Somit kann seine Leistung - die er weiterhin zeigt - sich nur noch an der Sache orientieren und somit -der hier vorgeschlagenen Definition folgend - als kreativ bezeichnet werden.Sicherlich waren auch seine früheren Leistungen kreativ, soweit das kompensatorisches Moment nicht im Vordergrund stand.

Die Thematik der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit trat aufgrund der veränderten Bedingungen bereits zum Zeitpunkt des Gespräches als aktuelle Thematik zugunsten anderer Thematiken etwas in den Hintergrund:

"Ich weiß,ich werde wahrscheinlich irgendwann,zu irgendeiner Zeit damit anfangen zu leben und zu erkennen,daß man in dieser Welt auch Freude haben kann,sozusagen die Welt ausnutzen,wenn Sie mich verstehen (Mmh).Also,die Welt in ihrer Vielfalt zu erleben,also nicht mehr introversiv zu sein sondern extraversiv..(Wie stellen Sie sich das vor ? Oder wie wünschen Sie sich das?)Reisen z.B... Sie können sich vorstellen,es ist blöd,Sprachen zu studieren und nie in den betreffenden Ländern gewesen zu sein.Das möchte ich gern,und ich glaube auch,das würde mir viel bringen,so im Ganzen ..."

Neben dieser "sensorisch-explorativen Thematik" spielt auch die "normative Thematik" eine Rolle:

"Dazu kommt,also,Sie können sich vorstellen,ich habe eine Schuld gegenüber meinen Eltern zurückzuzahlen.Sie haben sehr viel für

mich getan,und ich habe auch ihr Leben zerstört - oder zumindest sehr gestört.Ich meine,daß meine neuen Fähigkeiten ihnen zugute kommen müssen..(Wie stellen Sie sich das vor ?)
Ich stelle mir z.B. nicht vor,daß ich von dem Augenblick,wo ich gehen kann,von zuhause wegziehe.Nein,ich möchte erst einmal dableiben und sehen,ob das Familienleben nicht besser wird unter anderen Bedingungen.."

Diese normative Thematik findet auch ihren Ausdruck in der Einstellung zum Problem,eigene Kinder zu bekommen:

"Ich würde sagen,daß es nicht umweltbewußt ist,das kranke Gen weiter zu verbreiten..ich kann auch nicht damit rechnen,daß meine Nachkommen eine ähnliche Kraft haben wie ich,damit fertig zu werden..."

Katamnese:

Drei Monate nach diesem Gespräch konnte Herr A den Rollstuhl verlassen,weitere 3 Monate später besuchte er ohne Krücken die Universität und hatte seinen Vorsatz,mit den Eltern ins Ausland zu reisen,bereits verwirklicht.

In einem Brief - ein Jahr nach dem Gespräch - kommt zum Ausdruck,daß es für ihn eine weitere Thematik gibt: die Thematik der sozialen Integration.

6.9.2 Lebenslaufschilderung von Herrn B

Herr B wurde 1949 in einem Dorf (1000 E) geboren und war zum Zeitpunkt des Gesprächs 29 Jahre alt.Er ist das erste Kind und hat einen 3 Jahre jüngeren Bruder,der ebenfalls an Hämophilie leidet. Sein leiblicher Vater,von dem sich seine Mutter scheiden ließ,als Herr B 7 Jahre alt war, übte den Beruf des Kraftfahrers aus.Die Mutter,die keinen Beruf erlernt hat,arbeitete nach ihrer Scheidung zeitweilig in einer Fabrik.

Die Bluterkrankheit war in der Familie nicht bekannt bis sie bei Herrn B festgestellt wurde,als er 16 Monate alt war.

Seine Kindheit schildert Herr B als unauffällig.

"Ich bin beim Spielen nicht eingeschränkt worden.Die Ärzte haben immer gesagt,man soll mich in Watte packen,aber das haben meine Eltern nicht gemacht...Ist eigentlich ganz normal gelaufen.Ich habe mit den anderen gespielt- nur,wenn ich drei Wochen gespielt hatte, dann war es sechs Wochen aus.Dann bin ich wieder aufgestanden,habe drei Wochen gespielt, und dann war wieder sechs Wochen Schluß.Ich habe keine Einschränkungen gehabt..auch nicht,daß meine Eltern mir besondere Spiele beigebracht hätten oder zur Verfügung gestellt: ich habe ganz normal mit den anderen gespielt...An den Kindergarten kann ich mich auch noch gut erinnern,der hat mir eigentlich immer gut gefallen,vor allen Dingen der Kakao."

Mit 6 Jahren sei er eingeschult worden.Er habe nicht den Eindruck gehabt,daß er wegen seiner schon sichtbaren Behinderung eine Sonderrolle eingenommen habe.

"Ab und zu wurde gesagt,daß ich gehinkt habe.Aber das hat sich sehr schnell gegeben.Ich habe mich dann mit denen 'rumgehauen,habe dann natürlich 6 Wochen ausgesetzt.Aber wenn man das zweimal macht. dann geben die andern Ruhe."

Trotz der zahlreichen und jeweils mehrere Wochen bis Monate dauernden Fehlzeiten sei er in der Schule immer recht gut gewesen,"so immer Zweiter".

"Ich bin auch in die Schule,kann man fast sagen,auf allen Vieren gegangen,vielleicht,weil ich mehr Ehrgeiz hatte,ich wollte nicht hintenan stehen,da habe ich mich eben bemüht,sobald ich mich wieder einigermaßen bewegen konnte.
Am liebsten hatte ich Rechnen,Mathematik,sowas...Bei Rechnen und Deutsch,da hat man die Versäumnisse nicht so gemerkt,das hatte ich immer in 14 Tagen,3 Wochen wieder aufgeholt."

Die weitere Schul- bzw. Berufslaufbahn schildert Herr B folgendermaßen:

" Ich hab dann die Volksschule 8 Jahre gemacht,bin auch nicht

sitzen geblieben,bin dann auf ein Internat - dreijährige Handelsschule - das war ein Internat für Körperbehinderte.Da war ich 14 Jahre.Da habe ich die dreijährige Handelsschule abgeschlossen,anschließend die zweieinhalbjährige Lehre,habe dann als Angestellter gearbeitet in der gleichen Firma und habe dann die Firma gewechselt.Und bei der Firma bin ich jetzt noch.Meine Lehre war Großhandelskaufmann,und danach bin ich bei einer Versicherungsgesellschaft auf die Geschäftsstelle gekommen,und dann habe ich noch mit einem Fernkurs den Versicherungsfachwirt machen können."

Das sich im Ausbildungs- und Berufsbereich manifestierende Bemühen,auch unter den durch die Hämophilie erschwerten Bedingungen etwas zu erreichen,kann als kognitive Leistung (→ direktive Leistung) aufgefaßt werden.

Die Äußerung zur Auseinandersetzung mit Schulkameraden,wenn diese ihn hänselten,weist darauf hin,daß Herr B sich wehrte, wenn er sich angegriffen fühlte.Diese als assertive Technik aufzufassende Form der Bewältigung akzentuiert sich später mehr (s.u.).

"Eigentlich entsprach das gar nicht meinen Vorstellungen,ich wollte nicht ins Büro,ich hatte immer so Techniker,Ingenieur,sowas im Auge.Aber wahrscheinlich - was man nicht kann,das möchte man am liebsten. Jedenfalls wollte ich draußen arbeiten.Ich hatte mir immer gewünscht,Ingenieur-und dann 'rausgehen.
Aber das war einfach nicht möglich.Dafür ist ein bestimmter Ausbildungsweg vorgesehen,und das war schon vom Praktikum her nicht 'drin.Ich mußte eine Ausbildung machen,die meinen Voraussetzungen entsprach,das war dann eben diese Handelsschule.
Da war es dann schon vorgezeichnet.Ich wäre gerne auf's Gymnasium gegangen,ich war auch vorgeschlagen dafür,aber erstens hatten meine Eltern nicht genug Geld,und zweitens wäre ich dann wahrscheinlich doch nicht mitgekommen.Die Fehlzeiten wären auf einem Normalgymnasium doch zu groß gewesen.Und Internatsgymnasium gab es keines speziell,höchstens dann Privatinternate,und die sind dann noch teurer."

Bei der Schilderung der Diskrepanz zwischen dem eigentlichen Berufswunsch und der tatsächlich begonnenen Ausbildung treten zwei Formen der Verarbeitung zutage,die für diese Patientengruppe als "typisch" angesehen werden können: die 'Einbeziehung eigener Grenzen in den subjektiven Lebensraum' und die 'Anpassung an sachliche und/oder institutionelle Aspekte der Situation'.

Zur Beziehung zu seinen Kameraden im Behinderteninternat und den Kollegen in der Lehre befragt,erklärte Herr B:

"Ja,Mitschüler in dem Internat,das war so: ich war 14,ich war der jüngste,und da mußte ich mich durchsetzen.Ich hatte noch Stimm -

bruch,ich war 80 Pfund schwer,ich war 1,59m groß.Ich war der kleinste,der schwächste und der jüngste,und dann dauert es eben ein Jahr bis man anerkannt ist.Und nach einem Jahr,dann hatte ich mich durchgebissen.
Da waren welche da,die waren über 20,da wurde ich zuerst von denen gar nicht ernst genommen...
Und nachher,in der Lehre,da hatte ich Schwierigkeiten.
Das war ganz einfach deswegen,..erstens mal,ich brauchte ein Auto,um zur Lehrstelle zu fahren.Ich war also Lehrling,80 DM brutto im Monat,und ich hatte ein Auto.Da waren Vorgesetzte,die hatten noch keines.Das war ja damals noch nicht so wie heute,heute redet da ja keiner drüber,das hat Ärger gegeben damals,und das habe ich gemerkt.Ja,und dann habe ich natürlich viel gefehlt damals,das war schwierig,ich konnte nicht alle Abteilungen durchlaufen.
Ich habe versucht,mich gegen die Vorgesetzten durchzusetzen,wie ich das praktisch von der Schule gewohnt war.
Das hat nicht so geklappt,die haben am längeren Arm gesessen.Da hat sich noch die Handelskammer eingeschaltet seinerzeit,und da bin ich dann auf die Nase gefallen.Ich konnte mich da nicht so durchsetzen..."

Nach der Lehre habe er eine Stelle als Versicherungskaufmann bekommen,habe die Firma aber nach einem Jahr wieder verlassen:

" Das war eine komische Geschichte..Ich hatte mit der Firma einen teils Innendienst-,teils Außendienstvertrag ,und den wollte ich nicht mehr ausüben,und da haben die mir zu lange gebraucht,um sich einen neuen Vertrag zu überlegen,und da bin ich gegangen,ohne daß ich eine neue Stelle hatte..."

Er sei aber nach einem Dreivierteljahr auf Umwegen wieder zu dieser Firma zurückgekommen und sei noch heute dort beschäftigt.

"Die letzten Jahre hatte großen Einfluß ein Arbeitgeber von mir, vielleicht daher,..ich bin vom Temperament her ein bißchen aufbrausend,der ist das nicht,der ist beherrscht,überlegt,..kein besonderer Mann,aber..seine Art ist ruhig,er fängt mehr die Aggressionen der anderen ab,während ich immer mit eigenen Aggressionen darauf geantwortet hab'.Das ist ja eigentlich falsch,damit kommt man ja nie mit Leuten zurecht,vor allem kostet das eine Menge Nerven...Und ich hab mir den in der Art so ein bißchen zum Vorbild genommen,diese Art,eigene Aggressionen möglichst zu verbergen,die bei anderen abzubauen,die Leute mit ihren Aggressionen ins Leere laufen zu lassen.Das ist bei uns im Beruf schon nötig..,da kommt man mit vielen Leuten zusammen.
Wenn die sich bei uns beschweren kommen oder wenn die etwas nicht verstehen,die reagieren bei einer Versicherung immer aggressiv..."

Die sich während der Schul- und Internatszeit als erfolgreich erweisende assertive Technik bringt Herrn B während seiner Lehrzeit in Schwierigkeiten.Er behält sie jedoch bei und nimmt sogar eine vorübergehende Arbeitslosigkeit in Kauf,als er kündigt,weil ihm die Vertragsverlängerung zu lange dauert.
Herr B schildert die assertive Technik auch heute noch als

dominierend,steht ihr jedoch kritisch gegenüber. Diese kritische Reflexion der eigenen präferierten Form der Auseinandersetzung ist dabei weniger normativ als zweckorientiert im Sinne einer "antizipatorischen Störungsregulation" zu verstehen,die darauf gerichtet ist,den Umgang mit anderen reibungsloser und - beruflich gesehen - effektiver zu gestalten.

Zu seiner beruflichen Zukunft befragt,meinte Herr B:

"Ich bleibe solange da,wie ich da Zukunft sehe.Ich verstehe mich sehr gut mit den anderen.Wie ich vorhin sagte,da sind zwei,..der andere ist auch ein aggressiver Typ,aber mit dem einen bin ich im Kegelklub,wir sind per Du und eigentlich recht gute Freunde... Ich bin an dem Betrieb ein kleines Bißchen beteiligt,und ich bleibe solange da,wie eine Entwicklung stattfindet.
Wenn ich auf einem Stand bleibe,ich glaube nicht,daß ich dann noch dableibe.
Finanziell - das ist zufriedenstellend,ich kann mich nicht beklagen,ich könnte einen besseren Job nicht bekommen.Man muß auch immer die Vorbildung berücksichtigen,ich meine,ich kann sowieso keine Sprünge machen,ich stecke so im Durchschnitt....
Ich habe ziemlichen Ehrgeiz,d.h.,ich möchte nicht lange auf einer Stelle stehenbleiben,ich muß immer eine Vorwärtsentwicklung sehen,und ich möchte auch nicht der letzte in der Reihe sein.
Ich bin nie der Erste gewesen - doch,einmal,auf der Handelsschule ,zum Schluß - aber doch immer so vorne mit dabei.
Ich möchte immer mitreden,weiß aber,daß ich im Endeffekt die Verantwortung nicht übernehmen kann,da fehlt mir möglicherweise noch einiges,vielleicht kommt es noch,vielleicht kommt es nicht,ich weiß es nicht.Ich bin früher ziemlich aggressiv gewesen,bin es heute auch noch,ganz legt sich das ja nicht....
Was mich so am meisten berührt,ist,wenn ich sehe,wenn andere - in ihrem Schicksal,kann man nicht sagen,ist ein bödes Wort - also in ihrem Lebenslauf gewaltsam in eine Richtung gedrängt werden,körperlich oder geistig,im Beruf oder so.Also,wenn von dritter Seite nur aus Machtgründen Gewalt auf andere ausgeübt wird.Das ist eigentlich etwas,was mich berührt.Na eben,wenn von Menschen Machtanspruch erhoben wird über andere.Ach,besonders,wenn sie es bei mir versuchen."

Die in den Äußerungen zur beruflichen Zukunft zutagetretende Thematik der (expansiven) Aktivation erfährt eine Einschränkung durch die gleichzeitig deutlich werdende Tendenz,eigene Grenzen in den subjektiven Lebensraum einzubeziehen.

In diesem Zusammenhang kommt Herr B auch noch einmal auf seine Neigung zur aggressiven Durchsetzung zurück,die sich mit der Thematik der Selbstbestimmung verbindet.

Die Krankheit spielt für die Planung der Zukunft von Herrn B eine untergeordnete Rolle.Seit Beginn der Heimselbstbehandlung

vor zwei Jahren gibt es allerdings so gut wie keine Blutungen mehr bei ihm.Seine Äußerungen zur Krankheit beziehen sich auf die Vergangenheit und können als bagatellisierend angesehen werden:

"Unangenehm war das nur,wenn die Blutungen zur unrechten Zeit kamen.Ich hatte das öfter - z.B. in der Handelsschulprüfung,da hatte ich,während der Prüfung so ein Fußgelenk - ich mußte ja sitzen - ich mußte den Fuß ja hängen lassen,er wurde immer dicker,man konnte keine Zehen mehr sehen.Ich habe abends Schmerztabletten geholt..und bis ich fast bewußtlos war,genommen.Da hatte ich ein bißchen Angst vielleicht vor,aber bei den normalen Blutungen nicht.Ich habe dann halt immer versucht,die zu stoppen,durch Bandagieren oder sowas..."

Hinsichtlich der Zukunftsgestaltung stand Herr B zusammen mit seiner Frau,die er vor 2 Jahren geheiratet hatte,vor der Frage,ob sie eigene Kinder haben wollten.

Die sich in den folgenden Äußerungen widerspiegelnden Überlegungen lassen sich unter die "normative Thematik" fassen:

"Ja,meine Frau wollte heute eigentlich mitkommen,wir wollten mal mit den Ärzten sprechen.Wir kennen den Vererbungsgang,wir müssen uns jetzt da ein bißchen drüber klarwerden.Ich weiß noch nicht,wie wir es machen.Meine Frau ist 6 Jahre jünger wie ich,die möchte gerne Kinder haben,und ich kann da jetzt nicht so direkt neinsagen.Es ist mein Ziel,wenn wir eigene haben,daß es möglichst nur Jungens sind,die sind nicht so gefährdet- nicht mehr als jeder andere.
Aber ich bin prinzipiell gegen die Abtreibung.Meines Erachtens ist das menschliche Leben tabu,da sollte man nicht dran 'rumexperimentieren.Da bin ich eigentlich für ein Tabu,denn wenn ein Tabu heute aufgelöst wird,dann eskaliert das doch in der Regel.Wir hatten das schon,und es wird wahrscheinlich wieder passieren,so vernünftig sind die Menschen noch nicht.
Jetzt müssen wir uns also zwangsläufig dafür entscheiden,also,daß man's so macht,wenn es ein Mädchen werden sollte.Ich glaube,das kann man in den ersten drei Monaten erkennen,daß man das dann abtreibt.Obwohl - das würde uns schwerfallen."

7 Zusammenfassende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Diese Arbeit stellt den Versuch dar,Bewältigungsstrategien bei einer Gruppe chronisch kranker (hämophiler) Patienten in verschiedenen Bereichen systematisch zu erfassen.
Ausgangspunkt und -material waren nicht manipulierte,genormte Reizsituationen,sondern die vom einzelnen Patienten geschilderten individuellen Biographien.
Zur Strukturierung bzw. nachvollziehbaren Auswertung des primär unstrukturierten Informationsmaterials im Sinne der Fragestellung wurden in Anlehnung an R.S.LAZARUS,N.HAAN,insbesondere H.THOMAE Kategorien definiert.
Die Frage,ob sich das Kategoriensystem als geeignet erwies,die von den Patienten geschilderten Formen der Bewältigung möglichst vollständig zu erfassen,kann aufgrund der Tatsache,daß sich nur zwei Daseinstechniken fanden,die sich den definierten Kategorien nicht zuordnen ließen,bejaht werden.
Eine möglichst detaillierte Erfassung impliziert,daß auch Verhaltensweisen aufgenommen werden,die nur bei wenigen Individuen auftreten.
Dies hatte zur Folge,daß eine statistische Auswertung im Sinne der Erfassung von Zusammenhängen bei gering besetzten Kategorien nicht möglich war.
Ein denkbarer Ausweg wäre die Q-Sort-Technik gewesen,wie sie beispielsweise N.HAAN (1977) verwendet.Diese forcierte Kategorisierung,die größere Häufigkeiten erzwingt,erscheint mir jedoch mit einem idiographischen Ansatz nicht vereinbar.
Darüber hinaus muß die Annahme einer Normalverteilung von Daseinstechniken ebenso in Frage gestellt werden wie die anderer psychologischer Variablen.
Um die inhaltlichen Bezüge und Situationen zu kennzeichnen,wurden die Bereiche "unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen","Ausbildungs- und Berufsbereich" und "sozialer oder Kontaktbereich" definiert,unter die die meisten der von den Patienten geschilderten Bezüge subsumierbar schienen.
Die Auftretenshäufigkeiten der Techniken zeigten,daß die Patienten nicht nur im Bereich "Krankheit" weniger Formen der Bewälti-

gung verwandten als in den beiden anderen Bereichen,sondern daß in den verschiedenen Situationsklassen auch andere Techniken als dominierend geschildert wurden.
Betrachtet man die eher niedrigen Interkorrelationen der Techniken über die Bereiche hinweg,läßt sich der Schluß ziehen,daß die meisten der hier erfaßten Techniken eher situations- als persönlichkeitsspezifisch sind.
Es zeigt sich also,daß eine Definition der Bezüge unbedingt erforderlich ist,will man nicht zu einer vergröberten,verzerrten Sicht der Bewältigungsformen von hämophilen Patienten - und dies gilt sicherlich auch für andere Personen - kommen.
Da es andererseits nicht möglich ist,jede Situation einzeln aufzuführen,muß eine noch überschaubare Anzahl von Situationsklassen definiert werden.
Die in dieser Arbeit verwendeten Bereiche stellen - bezogen auf die Anzahl der untersuchten Patienten - einen Kompromiß dar. Wünschenswert wäre eine weitere Aufschlüsselung der Bereiche.So stellte sich heraus,daß die zwei Aspekte des Bereiches "unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen" unterschiedliche Reizqualitäten wie Dauer,Bedrohlichkeit und Vorhersagbarkeit haben und daher auch nicht in gleicher Weise verarbeitet werden.Dies wurde vor allem bei zwei Techniken deutlich: Niedergeschlagenheit war als Antwort auf unmittelbare Krankheitszeichen (Blutungen) häufig festzustellen.Bejahen als Form der Verarbeitung kam in solchen Situationen nicht vor.Der "Status" der Behinderung (mittelbare Krankheitsfolgen) dagegen wurde von den meisten Patienten in mehr oder minder großem Ausmaß bejahend angenommen.Die Zusammenfassung dieser Bewältigung fordernden Situationen zu einer Klasse bedeutet somit einen Informationsverlust.
Ebenso wäre eine Aufschlüsselung des "Sozialbereiches" in Situationen mit vertrauten Personen (Familie,Partner,enge Freunde) und solche,in denen es um die Auseinandersetzung mit Fremden oder nicht gleichgestellten Personen geht,sinnvoll.
Schließlich ist noch der Freizeitbereich zu nennen,soweit er Situationen umfaßt,die den anderen Bereichen nicht zuordbar sind.
Mit einer Zunahme methodischer Probleme (Frequenzen) müßte im

Fall einer weiteren Aufschlüsselung der Bereiche jedoch gerechnet werden.
Ging es hier um die Klassifizierung von Situationen,handelt es sich bei der Zusammenfassung von Techniken unter die von THOMAE (1968)vorgeschlagenen und hier übernommenen Kategorien: defensiv, evasiv,assertiv (aggressiv),Anpassung und Leistung um die Klassifikation von Bewältigungs- also Reaktionsformen.
Als Kriterien für die Zusammenfassung von im einzelnen recht unterschiedlichen Verhaltensweisen können genannt werden: Energieaufwand,Harmonisierung zwischen Individuum und Situation und Nähe zur Situation im Sinne von Konfrontierung.
Wie schon bei der Darstellung der Einzelergebnisse angemerkt,ist die Annahme,daß ein Patient,der z.B. eine defensive Technik verwendet,auch die anderen defensiven zur Bewältigung einsetzt, nicht überzeugend.Zwar gibt es Patienten,die einen bestimmten Bewältigungsstil präferieren (vgl. Einzelbiographien),jedoch müssen sie nicht notwendigerweise alle Techniken einer Klasse zeigen.So hat es beispielsweise ein Patient,der bestimmte Situationen durch Bagatellisieren für sich "entschärft", nicht mehr nötig,diese zu meiden.
Aus diesem Grund ist eine empirische Bestätigung der Kategorien durch hohe Interkorrelationen der einzelnen,definitorisch zusammengefaßten Daseinstechniken nicht zu erwarten.Die Kategorien bleiben - den Coping-Modes von LAZARUS vergleichbar - theoretisch abgeleitete Ordnungsklassen,deren Wert darin besteht,daß sie definitorisch offengelegte und nachvollziehbare Kriterien sind,die es erlauben,eine Vielzahl von Verhaltensweisen ökonomisch zu ordnen und zusammenzufassen.
Bevor auf konkrete Zusammenhänge zwischen Techniken eingegangen wird,soll das Kategoriensystem noch unter einem weiteren formalen Aspekt betrachtet werden,nämlich der Zeitperspektive.Die Anwendung eines primär statischen Kategoriensystems auf einen dynamischen Handlungsablauf bzw. Lebenslauf wirft notwendigerweise Probleme auf.
Darauf ,daß die individuellen Biographien einer Gruppe von Personen kaum vergleichbare Zäsuren,d.h.,gleiche Ereignis-oder Handlungssequenzen,liefert,wurde schon ausführlich eingegangen.

Es war auch nicht das Anliegen dieser Arbeit zu untersuchen,ob es typische Abläufe von Bewältigungsformen gibt,wie es z.B. KÜBLER-ROSS (1969) - bezogen auf die Extremsituation des bevorstehenden Todes - versucht hat.
Dennoch konnte in den beiden zuletzt dargestellten Biographieausschnitten zweier Patienten gezeigt werden,daß das Kategoriensystem geeignet ist,Bewältigungsformen im Lebenslauf einzelner - sehr unterschiedlicher - Personen in ihrer Dynamik aufzuzeigen.
Dabei wurde deutlich,daß die Beschreibung von Bewältigungsformen durch die Hinzuziehung von Thematiken an Prägnanz gewinnt,indem sehr unterschiedliche Daseinstechniken durch Thematiken übergreifend geordnet werden und somit einen "Sinn" erhalten.
Zur Beantwortung der Frage,was die Ergebnisse über die Bewältigungsstrategien der hier untersuchten Patientengruppe aussagen, sollen einige der zahlreichen Ergebnisse hervorgehoben werden.
Betrachtet man im Bereich "unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen" die Techniken,die bei mindestens einem Drittel der Patienten manifest werden (perceptual defense, Niedergeschlagenheit,psychophysiologische Reaktionsbildung,positive Umdeutung,Bejahen), wird deutlich,daß drei der fünf Techniken nicht zum Ausgleich zwischen Situation und Person führen.
Allerdings steht das "Bejahen" sowohl bezüglich Frequenz als auch Ausprägungsgrad als Form der Krankheitsverarbeitung an erster Stelle.
Dies läßt den Schluß zu,daß den meisten der hier untersuchten Patienten die "autoplastische Anpassung" an die Situation des Behindertseins möglich ist.Dies schließt nicht aus,daß sie in speziellen Krankheitssituationen mit "Niedergeschlagenheit" reagieren.
Wie jedoch die Erfassung von Zusammenhängen deutlich macht,neigen die Patienten,die ihre Krankheit bejahen,weniger dazu,mit Niedergeschlagenheit oder psychophysiologischen Reaktionen zu antworten, und sie gehören zu den Patienten ,die im medizinisch-therapeutischen Bereich besser kooperieren.
Entgegen den Befunden anderer Autoren (vgl.GAUS u.KÖHLE 1979,752) steht die Technik der Wahrnehmungsabwehr bei dieser Patientengruppe nicht im Vordergrund.Zwar fiel diese Form der Verarbeitung bei

14,vor allem jüngeren Patienten ins Auge und war,wenn sie auf - trat,ziemlich stark ausgeprägt,dennoch nimmt sie in der Auftretenshäufigkeit nur den dritten Rang ein.
Dies hat vermutlich mehrere Gründe.
Es ist wahrscheinlich,daß bei der Verwendung von nur wenigen Kategorien (vgl. COHEN und LAZARUS 1973) mehr variable Verhaltensweisen einer Klasse zugeordnet werden.
Üblicherweise wird die Bewältigungsstrategie der "Abwehr" bedeutend weiter gefaßt als es in dieser Arbeit geschah,so daß sie auch Verhaltensweisen umfaßt,die hier als "evasiv" kategorisiert wurden (vgl.WYSS 1972; LAPLANCHE u. PONTALIS 1973; KAUSEN 1977; GAUS u. KÖHLE 1979 u.a.).
Außerdem unterscheidet sich die Krankheitssituation der hier untersuchten Patienten in wesentlichen Aspekten von den üblicherweise zur Diskussion stehenden Erkrankungen mit infauster Prognose oder von den kurzfristigen Extremsituationen.
Während die Patienten,die sich im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit oder vor einer Operation befinden,einer unausweichlichen, von ihnen nicht manipulierbaren Situation gegenüberstehen,haben die hämophilen Patienten eine positive Zukunft vor sich und können eventuelle Blutungsereignisse selbst weitgehend kontrollieren.
Diese durch die Heimselbstbehandlung ermöglichte Beeinflussung setzt einen hohen Informationsstand der Patienten über das Krankheitsgeschehen voraus,der die Wahrnehmungsabwehr erschwert.
Es zeigte sich außerdem,daß diese Verhaltensweise auch im Zusammenhang mit anderen Merkmalen der Person betrachtet werden muß.
Neben der Beziehung zum Alter,auf die schon verwiesen wurde,ließ sich auch feststellen,daß mit dem Grad der Behinderung die Neigung,die Krankheit abzuwehren, wächst,während sie mit höherer Schulbildung abnimmt.
Wünschenswert wäre eine Überprüfung der Zusammenhänge zwischen perceptual defense,Alter,Behinderung und Schulbildung,die sich hier wegen der kleinen Gruppe von Patienten mit "perceptual defense" leider nicht durchführen ließ.
Die Techniken "psychophysiologische Reaktionsbildung","Bejahen", und "positive Umdeutung" gehörten auch im Ausbildungs- und Be-

rufsbereich zu den häufigsten Formen der Verarbeitung.Hinsichtlich Frequenz und Ausprägung dominierte jedoch die Technik der kognitiven Leistung - als Ausdruck des bei den meisten,vor allem jüngeren, Patienten dieser Gruppe deutlich werdenden Bemühens, sich fort- oder weiterzubilden.
Diese Technik stand zu zwei weiteren,für den Ausbildungs- und Berufsbereich "typischen" Formen der Verarbeitung,nämlich der 'Anpassung an institutionelle und/oder sachliche Aspekte der Situation' und der'Neigung,eigene Grenzen in den subjektiven Le - bensraum einzubeziehen' in einer negativen Beziehung: Patienten, die sich in diesem Sinne in ihrer berufsbezogenen Expansion durch äußere Barrieren oder eigene "Mängel" begrenzt sahen,zeigten weniger Bemühen (kogn.Leistung) in diesem Bereich.
Daß sich zwischen 'kognitiver Leistung' und Schulbildung kein überzufälliger Zusammenhang zeigte,verweist darauf,daß Leistung- wie hier definiert - nicht gleichzusetzen ist mit Erfolg in diesem Bereich.
Allerdings war bei Patienten mit niedrigerem Ausbildungsstand die Neigung,eigene Grenzen bei sich zu sehen,stärker ausgebildet als bei Patienten mit höherer Schulbildung.
Auch in den unter "Sozialbereich" zusammengefaßten Situationen der Auseinandersetzung mit anderen Personen gehörten die Techniken der 'positiven Umdeutung','psychophysiologischen Reaktionsbildung' und des 'Bejahens' zu den am häufigsten gezeigten Formen der Verarbeitung. Hinzu kommen - mit abnehmender Frequenz - die 'Neigung,sich gegen empfundene Benachteiligung zur Wehr zu setzen und/oder sich gegen Widerstand zu behaupten',die'Tendenz, sich an Normen und Bedürfnisse anderer anzupassen', das'Meiden angsterregender Situationen',die 'Stiftung und Pflege von Kontakten' und die 'Neigung,andere Personen für sich entscheiden und/oder sorgen zu lassen'.
Die hinsichtlich Frequenz und Ausprägung an erster Stelle stehende Technik des Bejahens zeigt,daß die meisten der hier untersuchten Patienten mit ihrer sozialen Situation zufrieden sind. Ein geringeres Maß an Zufriedenheit im sozialen Bereich ging einher mit einer höheren Neigung,soziale Situationen zu meiden. Die in dieser Gruppe häufig vorkommende assertive Technik läßt

läßt darauf schließen,daß die meisten Patienten in der Lage sind,sich im sozialen Feld zu behaupten.
Ein geringeres Maß an assertivem Verhaltenwar bei solchen Patienten festzustellen,die zur Passivität neigten und die Tendenz zeigten,andere für sich entscheiden und/oder sorgen zu lassen.
Die 'psychophysiologische Reaktionsbildung' trat- wie auch in den anderen Bereichen - in sozialen Situationen als Reaktionsform zwar häufig auf,wies aber insgesamt geringe Ausprägungen auf.
Der positive Zusammenhang zwischen dieser Technik und'koordinativer Leistung' wurde in Analogie zu den Befunden von BROWNE et al. (1960),KIPNOWSKI (1977) und KIPNOWSKI und KIPNOWSKI (1979) in der Weise gedeutet,daß soziale Interaktionen bei Hämophiliepatienten häufig angstbesetzt sind und diese Angst möglicherweise auf "physiologischer Ebene" ausgetragen wird.
Ein weiterer Zusammenhang zeigte sich zwischen den beiden Formen der Anpassung 'positive Umdeutung' und 'Übernahme von Normen und Bedürfnissen anderer Personen'.
Bei der Erfassung von Beziehungen zwischen allen ausreichend besetzten Techniken zeigte sich,wie schon angemerkt,daß nur die 'positive Umdeutung' und 'psychophysiologische Reaktionsbildung' über die Bereiche hinweg Cluster bildeten.
Dies läßt den Schluß zu,daß es sich hierbei um Formen der Bewältigung handelt,die weniger situationsspezifisch sind bzw. in geringerem Maße von den Patienten als situationsspezifisch wahrgenommen bzw. mitgeteilt werden.
Dahingegen setzte sich auch bei Hinzufügung weiterer Techniken die Variablenkombination 'kognitive Leistung','Anpassung an institutionelle/sachliche Aspekte der Situation' und 'Einbeziehung eigener Grenzen' als Cluster durch.
Die 'Wahrnehmungsabwehr' als krankheitsspezifische Technik erwies sich bei den Patienten als dominanter,die auch im Sozialbereich nicht-aktive Formen der Verarbeitung präferierten ('Sich überlassen an den Gang der Ereignisse','andere für sich entscheiden und/ oder sorgen lassen').
Außerdem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Zufriedenheit im

Beruf,Selbstbehauptung (ass.Technik) und Eigenverantwortlichkeit im Sinne geringerer Neigung,andere für sich sorgen und/oder entscheiden zu lassen.
Ging es bisher hauptsächlich um die bei dieser Gruppe häufig und dominant vorkommenden Techniken,soll nun auf Zusammenhänge zwischen unabhängigen Variablen und Formen der Verarbeitung eingegangen werden,soweit diese noch keine Erwähnung fanden.
Nach THOMAE (1976) ist zu erwarten,daß mit abnehmender Kontrollmöglichkeit im Sinne eigener Einflußnahme die Neigung stärker wird, die entsprechende Situation kognitiv positiv umzudeuten und somit für das Individuum erträglich zu machen.
Diese Annahme bestätigte sich insofern,als mit der Schwere der Behinderung die Tendenz zur positiven Umdeutung zunahm.Daß sich diese Form der Verarbeitung jedoch auf das berufliche Feld und nicht auf die Krankheit selbst bezog,ist eventuell dadurch zu erklären, daß die Veränderungsmöglichkeiten im Bereich Krankheit durch die Heimselbstbehandlung eine Erweiterung erfahren haben,während die berufliche Situation als weniger beeinflußbar erlebt wird.
Diese Interpretation erfährt eine indirekte Stützung dadurch,daß überraschenderweise die Neigung,eigene Grenzen bei sich zu sehen - bezogen auf den Ausbildungs- und Berufsbereich - mit der Dauer der Heimselbstbehandlung eher zu- als abnahm.
Dahingegen ist das Ergebnis,daß schwerer behinderte Patienten sich im Gießen-Test als "retentiver" und sozial weniger kompetent beschrieben,analog zu dem Befund von STEINHAUSEN (1975) ,der feststellte,daß die stärker behinderten Patienten "gehemmter" sind, bzw. sich in dieser Weise beschreiben,interpretierbar.
Ein höherer"Depressionsscore" ließ sich jedoch weder bei den schwerer behinderten Patienten noch bei der Gesamtgruppe feststellen.
Auch in den anderen Persönlichkeitsdimensionen des Gießen-Tests zeigten sich weder für die Gesamt- noch für Teilgruppen Abweichungen von der Populationsnorm.Einschränkend muß jedoch auf die hohen Interkorrelationen der Standardskalen verwiesen werden.
Der negative Zusammenhang zwischen Dauer der Heimselbstbehandlung und kognitiver Leistung und das Ergebnis,daß mit der Länge der Heimselbstbehandlung die Neigung zunimmt,andere für sich entscheiden und/oder sorgen zu lassen,verweisen darauf,daß die Heimselbst-

behandlung als Therapieform nicht nur eine Hilfe,sondern auch eine Anforderung darstellt.Eine differenzierte Betrachtung unter Einbeziehung des Alters ist sicherlich notwendig,dennoch kann - auch unter Bezugnahme auf z.T. zitierte Patientenäußerungen - gesagt werden,daß das Freiwerden von existentieller Bedrohung und Lebensängsten durch die Heimselbstbehandlung auch neue Wünsche und Ansprüche mobilisiert,mit denen umzugehen die Patienten auch lernen müssen.

Als ein zweifellos positives Ergebnis,das auch mit den Befunden von HEIER (1975) übereinstimmt,ist der Zusammenhang zwischen der Länge der Heimselbstbehandlung und koordinativer Leistung anzusehen: es zeigte sich,daß mit zunehmender Dauer der Heimselbstbehandlung die Patienten stärker sozial aktiv sind im Sinne der "Stiftung und Pflege von Kontakten".

Der Tatsache,daß die Heimselbstbehandlung die Patienten auch mit neuen Aufgaben und Eigenverantwortlichkeit konfrontiert,wurde durch die Berücksichtigung des Aspektes "Compliance" Rechnung getragen.

Auf die positive Beziehung zwischen Bejahen der Krankheit und dem Grad der Kooperationsbereitschaft bei der medizinischen Therapie wurde schon hingewiesen.

Patienten mit einer stärkeren Neigung zu psychophysiologischen Reaktionen dagegen erwiesen sich als weniger kooperativ.

Der analog zu Untersuchungen anderer Autoren erwartete signifikante Zusammenhang zwischen 'perceptual defense' und"Non-Compliance" ließ sich in dieser Arbeit nicht nachweisen.Abgesehen von der wahrscheinlichen Nicht-Vergleichbarkeit der Konzepte von Abwehr - wie sie andere Autoren verwenden - und 'perceptual defense' - wie es hier definiert wurde - erscheint eine differenziertere Betrachtung und Operationalisierung des (nicht)-kooperativen Verhaltens von Patienten erforderlich,als es hier möglich war.So sind die hier unter "Compliance" gefaßten Aspekte zu variabel:man kann z.B. vermuten,daß das sorgfältige Ausfüllen und Versenden von Behandlungsprotokollen ,die den Ärzten zur Kontrolle dienen und dem Patienten nur sehr indirekt nützen,qualitativ etwas anderes darstellen als orthopädische Übungen oder instruktionsgerechte Injektionen,deren Nutzen der Patient am eigenen Körper erfährt.

Auch weisen die bei der Hälfte der Patienten nicht übereinstim - menden Primäreinschätzungen durch die Ärzte darauf hin,daß es schwierig ist,einheitliche Bewertungsmaßstäbe zu erhalten.
In Erwägung zu ziehen ist auch,daß Bewältigungsstrategien- wie perceptual defense'- überhaupt zur Vorhersage von (nicht-)kooperativem Patientenverhalten ungeeignet sind und daß sich -wie KASL (1975) meint-Verhaltensstile der Ärzte und familiäres Milieu der Patienten als bessere Prädiktoren erweisen würden.
Am Schluß bleibt die Frage,welchen Nutzen Personen,die mit der Behandlung und Pflege dieser Patienten betraut sind,aus einer Untersuchung wie dieser ziehen (,wenn man von der Erkenntnis absieht,daß alles viel komplizierter ist als angenommen).
Diese Untersuchung möchte zu einer differenziertere Betrachtung der Art und Weise,wie somatisch kranke (hämophile) Menschen ihre Krankheit und Alltagssituationen bewältigen,beitragen.
Es wurde gezeigt,daß die Patienten über eine Vielzahl unterschiedlicher Verhaltensweisen verfügen,die häufig in Abhängigkeit von der Situation variieren.
Parallel zu anderen Untersuchungen (vgl. SAPIR 1931; BROWN und LENNEBERG 1954; WHORF 1963) wird die Annahme vertreten,daß die Verfügbarkeit von differenzierteren Begriffen auch eine differeziertere Sichtweise ermöglicht,die über die Kategorien "abnorm" und "normal" hinausgehen.
Dies wiederum läßt mehr Offenheit und Verständnis für Verhaltensweisen von Patienten erhoffen.

Anhang

Abb. 12 Merkblatt für Hämophiliepatienten

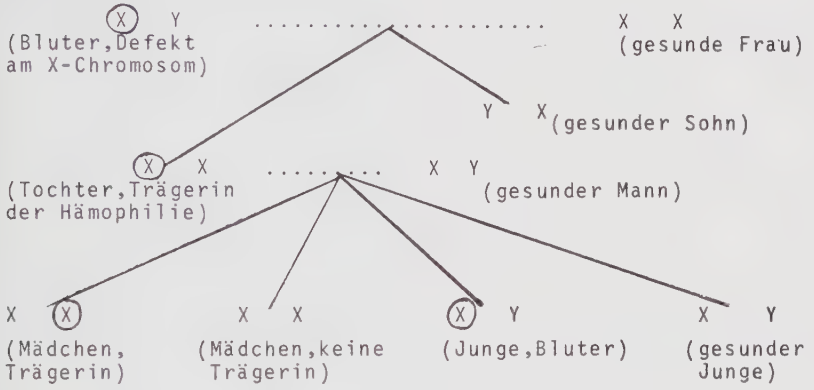
Erbgang bei der Hämophilie A und B

Jeder Mensch hat zwei Geschlechtschromosomen.

Der Mann: X Y

Die Frau: X X

Das Kind bekommt von beiden Elternteilen jeweils ein Chromosom.
Von der Mutter kann es nur ein X bekommen,vom Vater entweder
das X-Chromosom (dann wird es ein Mädchen)
oder
das Y-Chromosom (dann wird es ein Junge).
Der Defekt,der die Hämophilie ausmacht,liegt beim Bluter auf
seinem X-Chromosom und wird durch dieses weitervererbt.
Der Erbgang sieht so aus:



Söhne von Blutern sind immer gesund (nicht-hämophil)

Töchter von Blutern sind immer Trägerinnen der Bluterkrankheit.

Enkel von Blutern: Die Jungen haben ein Risiko von 50%,Bluter zu sein.
Die Mädchen haben ein Risiko von 50%,Trägerinnen der Bluterkrankheit zu sein.

Biographischer Erhebungsbogen

Im Hämophiliezentrum Bonn werden zur Zeit etwa 700 Hämophiliepatienten betreut.Es sind viele Kinder darunter,deren Eltern oft nicht recht wissen,wie sie sich gegenüber ihren hämophilen Söhnen richtig verhalten sollen.

Sie haben erfahren,welche Schwierigkeiten die Krankheit bringen kann - aber vielleicht auch,welche Wege es gibt,damit umzugehen. Ich möchte mich gerne mit Ihnen über Ihre persönlichen Erfahrungen unterhalten.

Ihnen könnte das Gespräch die Möglichkeit bieten,sich über manche Dinge noch klarer zu werden,uns hilft Ihr Beitrag,die Probleme hämophiler Patienten besser zu verstehen,besser darauf einzugehen und anderen mit diesen Erfahrungen wieder zu helfen.

Wenn Sie mit einem Gespräch einverstanden sind,füllen Sie bitte diesen Bogen aus,der Fragen zu Ihrem Lebenslauf und zur Hämophilie enthält.

Es geht darum,wo Sie aufgewachsen sind,welche Schul- bzw. Berufsausbildung Sie haben u.s.w.

Größtenteils sind schon Antwortmöglichkeiten vorgegeben.Bitte kreuzen Sie jeweils das für Sie Zutreffende an.Für freie Antworten ist Platz gelassen.Bitte lassen Sie keine Frage aus.Sie können auch Erklärungen oder Bemerkungen hinzufügen,wenn Sie es für notwendig halten.

Name:.....Vorname:.....Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Frühe Kindheit bis zum Schuleintritt

Wo sind Sie geboren?.....Land:.....

In welchem Ort sind Sie in den ersten 1o Lebensjahren (hauptsächlich) aufgewachsen?.....

War das bei Ihren Eltern [ ] ,bei Verwandten [ ] oder anderen Personen [ ] ?

War dieser Ort ein Dorf [ ] , eine Kleinstadt [ ] ,eine Großstadt [ ] ?

War Ihre Geburt unkompliziert [ ] oder schwer [ ] ? Weiß nicht [ ]

(Eventuell Zangengeburt [ ] Kaiserschnitt [ ] ?)

Sind Sie nach der Geburt im Krankenhaus geblieben oder dort eingeliefert worden ?
Ja [ ] Nein [ ] Weiß nicht [ ]

Wenn ja,weshalb ?.....

Das wievielte Kind sind Sie ? Das _____.

Wenn Sie kein Einzelkind sind:

Wieviele Schwestern haben Sie? _____ In welchem Alter ?.....

Wieviele Brüder haben Sie ? [ ] In welchem Alter ?.....

Hat Ihre Mutter Sie gestillt ?

Ja [ ] Nein [ ] Weiß nicht [ ] .

Mit wieviel Monaten etwa haben Sie das Laufen gelernt ?

Mit _____ Monaten.Weiß nicht [ ] .

Mit wieviel Monaten etwa waren Sie sauber ?

Mit _____ Monaten.Weiß nicht [ ] .

Waren Sie in den ersten 6 Lebensjahren längere Zeit von Ihren Eltern (bzw. Pflegepersonen)getrennt ?

Ja [ ] Nein [ ] Weiß nicht [ ] .

Wenn ja:
Wann etwa ? .....
Wie lange etwa ?.....
Aus welchen Gründen ?.....

Waren Sie bis zur Schulzeit im Krankenhaus ?

Ja [ ] Nein [ ] Weiß nicht [ ] .

Wenn ja,weshalb ?.....

Vielleicht wissen Sie noch,wie oft das war ? .....

Und wie lange diese Krankenhausaufenthalte etwa gedauert haben?.....
.....

Haben Sie den Kindergarten besucht ?

Ja [ ] Nein [ ] .

Wenn ja,wie large etwa ?.....

Schule,Ausbildung,Beruf

Sind Sie altersgemäß eingeschult worden ? Ja [ ] Nein [ ] .

Wenn nicht,
um wieviele Monate verspätete erfolgte Ihre Einschulung? Um .....Monate.

Was war der Grund ? .....

Haben Sie während der Grundschulzeit (4-5Jahre) ein oder mehrere Schuljahre wiederholt oder versäumt ?

Ja [ ] Nein [ ] .

Wenn ja,wieviele Schuljahre ? .....

Gründe: Wegen Hämophilie ☐
wegen Leistungsstörungen/schwächen ☐
aus anderen Gründen ☐ Welchen ? .....

Haben Sie später in Ihrer Schulausbildung längere Zeit versäumt ?

Ja ☐ Nein ☐ .

Haben Sie in Ihrer Berufsausbildung längere Zeit versäumt ?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja,wann war das ? ..... Aus welchen Gründen ?.....
.....

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Ausbildungsweg bzw. Berufsweg :
.....
.....
.....

Haben Sie
- einen Volksschulabschluß ☐
- die mittlere Reife ☐
- Abitur ☐
- ein abgeschlossenes Hochschulstudium ☐
- keinen Schulabschluß ☐

Befinden Sie sich zur Zeit noch in der Schul- oder Berufsausbildung ?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja,in welcher ?.....

Stehen Sie zur Zeit in einem Arbeitsverhältnis ?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja,in welchem Beruf/ welcher Tätigkeit ?.....

Wenn Sie bereits in einem Arbeitsverhältnis stehen,liegt Ihr Nettoverdienst
- unter 500 DM ☐
- zwischen 500 DM und 1000DM ☐
- zwischen 1000DM und 1500DM ☐
- zwischen 1500DM und 2000DM ☐
- über 2000 DM ☐ ?

Ihr Familienstand

Sind Sie ledig ☐ , verlobt ☐ ,verheiratet ☐ ,geschieden ☐ , verwitwet ☐ ?

Wenn Sie nicht verheiratet sind,wohnen Sie bei Ihren Eltern ☐ ,allein ☐ mit Ihrer Freundin zusammen ☐ ?

Wenn dies nicht zutrifft,wie wohnen Sie ?.....
Wenn Sie verheiratet sind,wie lange schon ?

Seit _____ Jahren _____Monaten

Wann ist Ihre Frau geboren ?.....
Hat Ihre Frau:
einen Volksschulabschluß ☐
die mittlere Reife ☐
Abitur ☐
ein abgeschlossenes Hochschulstudium ☐
keinen Schulabschluß ☐

Welchen Beruf hat Ihre Frau erlernt ?.....

Keinen ☐

Übt Ihre Frau z.Zt. einen Beruf aus ? Ja ☐ Nein ☐

Wieviele Kinder haben Sie ?..... Keine ☐
Wenn Sie Kinder haben,
wieviele Jungen .....in welchem Alter: .....
wieviele Mädchen..... in welchem Alter: .....

Ihre Mutter

Wann ist Ihre Mutter geboren ?.....

Lebt Ihre Mutter noch ? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ihre Mutter nicht mehr lebt,
wie alt waren Sie,als sie starb ? _____ Jahre
Hat Ihre Mutter
einen Volksschulabschluß ☐
die mittlere Reife ☐
Abitur ☐
ein abgeschlossenes Hochschulstudium ☐
keinen Schulabschluß ☐

Hat Ihre Mutter einen Beruf erlernt ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
welchen ?.....
War Ihre Mutter nach Ihrer Geburt berufstätig ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
wann etwa ?.....
Ist Ihre Mutter heute körperlich oder seelisch krank ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
woran leidet sie ?.....

Ist Ihre Mutter früher ernsthaft bzw. längere Zeit krank gewesen ?
Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
woran litt sie ?.....

Wann war das etwa ?.....

Befand sich Ihre Mutter schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?
Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
wann etwa ?.....
Weshalb ?.....

Ihr Vater

Wann ist Ihr Vater geboren ?.....

Lebt Ihr Vater noch ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn Ihr Vater nicht mehr lebt,
wie alt waren Sie,als er starb? ..... Jahre

Hat Ihr Vater

einen Volksschulabschluß ☐
die mittlere Reife ☐
Abitur ☐
ein abgeschlossenes Hochschulstudium ☐
keinen Schulabschluß ☐

Hat Ihr Vater einen Beruf erlernt ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
welchen ?.....

Übt Ihr Vater heute noch einen Beruf aus ? Ja ☐ Nein ☐

Wenn nein
weshalb nicht ?.....

Ist Ihr Vater heute körperlich oder seelisch krank ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
woran leidet er?.....

Ist Ihr Vater früher ernstlich bzw. längere Zeit krank gewesen ?
Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
woran litt er?.....

Befand sich Ihr Vater schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?
Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
weshalb?.....
Wann etwa?.....

Leben Ihre Eltern getrennt,oder sind sie geschieden ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
seit wann ?.....

Hämophilie

Wie alt waren Sie,als die Hämophilie festgestellt wurde ?.....Jahre.....Monate

Was war der Anlaß für die Diagnosestellung?.....

Haben Sie Hämophilie A ☐ oder B ☐ ?
Wissen Sie,wieviel Faktorrestaktivität Sie haben ?.....%.

Praktizieren Sie die Heimselbstbehandlung ? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
weit wann etwa?.....
Wie häufig spritzen Sie zur Zeit ?.....

Spritzen Sie prophylaktisch ☐ oder nur bei Blutungen ☐ ?

Wie haben Sie vom Bonner Hämophiliezentrum erfahren ?
Durch:
deutsche Hämophiliegesellschaft ☐
Ärzte oder Krankenhaus ☐
Fernsehen oder Zeitung ☐
andere ☐

Sind Sie Mitglied der dt.Hämophiliegesellschaft? Ja ☐ Nein ☐

Ist vor Ihrer Geburt ein Fall von Hämophilie in Ihrer Familie oder Verwandtschaft bekannt gewesen (oder vermutet worden) ?
Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐

Wußte Ihre Mutter,daß sie Trägerin der Bluterkrankheit war? Ja ☐ Nein ☐
Weiß nicht ☐

Hat heute - außer Ihnen - jemand in der Familie oder Verwandtschaft Hämophilie? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,wer?.....

Haben Sie außer Hämophilie früher schwerere bzw. längerdauernde Krankheiten gehabt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,welche ?.....
Wann etwa?.....

Haben Sie heute außer Hämophilie Krankheiten oder Beschwerden?
Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,welche?.....
Seit wann?.....

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?
Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja,
wann etwa?.....
Aus welchem Grund?.....
Welche Art von Psychotherapie war das?.....

Bitte kreuzen Sie die richtigen Antworten an:

Söhne von Hämophilen sind

immer Bluter ☐
nie Bluter ☐
mit 50%iger Wahrscheinlichkeit Bluter ☐

Töchter von Blutern sind

- immer Trägerinnen der Bluterkrankheit ☐
- nie Trägerinnen ☐
- mit 50%iger Wahrscheinlichkeit Trägerinnen der Bluterkrankheit ☐

Wenn Töchter von Blutern Jungen zur Welt bringen, sind diese Jungen:

- immer Bluter ☐
- mit 50%iger Wahrscheinlichkeit Bluter ☐
- nie Bluter ☐

Wenn Töchter von Blutern Mädchen zur Welt bringen, sind diese Mädchen:

- immer Trägerinnen der Bluterkrankheit ☐
- nie Trägerinnen ☐
- mit 50%iger Wahrscheinlichkeit Trägerinnen der Bluterkrankheit ☐

Patienten - Compliance

Bitte schätzen Sie aus ärztlicher Sicht ein,inwieweit die unten aufgeführten hämophilen Patienten Ihrem Eindruck nach die therapeutischen Anweisungen befolgen und bei präventiven oder rehabilitativen Maßnahmen mitarbeiten.

1 -- hält sich nur selten an die therapeutischen Vorschriften,tut so gut wie nichts,um körperliche Schäden zu verhüten oder bereits eingetretene zu vermindern

2 -- befolgt die Anweisungen periodisch oder manchmal, muß jedoch häufig ermuntert oder ermahnt werden

3 -- hält sich meistens an die Vorschriften und befolgt die rehabilitativ - präventiven Maßnahmen im großen und ganzen

4 -- ist ausgesprochen korrekt bei der Befolgung der therapeutischen Anweisungen,bemüht sich intensiv und konstant um eine Verbesserung des klinischen Zustandsbildes.

Name des
Patienten

.
.
.
.
.
.

Bemerkungen:

Tab. 28 a-c: Interkorrelationen von Daseinstechniken in den 3 Bereichen nach KENDALL'S Tau (N = 43)

Tab. 28a:"Unmittelbare Krankheitszeichen und mittelbare Krankheitsfolgen"

	Perceptual Defense	Niederge - schlagenh.	Psychophysiol. Reaktionsbldg.	Positive Umdeutung
Niederge - schlagenh.	.06			
Psychophys. Reakt.bldg.	-.01	.26*		
Positive Umdeutung	.00	-.03	.16	
Bejahen	-.06	-.19	-.24*	.04

Tab. 28b: " Ausbildung und Beruf"

	Psychophys. Reaktions- bildung	Eigene Gren- zen....ein- beziehen	Positive Um- deutung	Bejahen
Eigene Gren- zen...einbe- ziehen	-.08			
Positive Um- deutung	-.18	-.02		
Bejahen	-.33**	-.16	-.12	
Kognitive Leistung	.00	-.35**	-.11	-.04

	Meiden angsterr. Situation.	Sich überlassen...	Andere.. sorgen.. lassen	Psycho-phys. Reakt.b.	Anpassung an die Normen anderer	Positive Umdeutung	Bejahen	Koordinative Leistung
Sich überlassen...	.08							
Andere.. sorgen .. lassen	.13	.15						
Psycho-phys.R. bildung	.19	-.02	-.09					
Anpassg. an die Normen..	.12	-.32**	-.01	-.09				
Positive Umdeutung	.00	-.13	-.20	.02	.34**			
Bejahen	-.38**	-.15	-.20	.07	.21	.00		
Koordinative Leistung	.04	-.12	.08	.36**	-.08	-.12	.08	
Assertive Technik	-.15	-.17	-.18	.27*	.11	.02	.28*	.12

Tab. 28c "Sozialbereich/Sozialkontakt"

	K-perc.def.	K-Nieder-geschl.	K-psych.-phys.R.	K-pos. Umdeutg.	K-Be-jahen	A-psycho-phys.R.	A-eign. Grenzen	A-Anp. inst. Aspekt.	A-pos.Um-deutung	A-Bejahen
K-Niedergeschl.	.06									
K-psychophys.R.	-.01	.26*								
K-pos.Umdeutung	.00	-.03	.16							
K-Bejahen	-.06	-.19	-.24*	.04						
A-psychophys.R.	-.05	.28*	.61	.02	-.24*					
A-Eigene Grenz.	.03	-.02	-.02	-.06	-.26*	-.08				
A-Anp.inst.Asp.	-.03	-.08	-.16	-.11	-.15	-.16	.37**			
A-pos.Umdeutung	-.02	.11	.22*	.37**	-.23*	.18	-.02	-.15		
A-Bejahen	-.16	-.19	-.21	.10	.20	-.33**	-.16	-.12	-.12	
A-kogn.Leistung	-.08	-.06	.08	.15	.34**	.01	-.35**	-.15	-.11	-.04
S-Meiden..	-.14	.22*	.14	.04	-.17	.10	.23*	.04	-.01	.03
S-Sich überlas.	.24*	.10	-.12	-.04	-.08	-.02	.31**	.22*	.10	-.19
S-and. sorgen..	.05	-.11	.09	-.05	.08	.17	.09	-.11	.00	-.19
S-psychophys.R.	-.13	.21*	.44**	.12	-.23*	.36**	-.10	-.07	.27*	.19
S-Normen and.	-.18	-.10	.12	.10	-.12	-.05	-.01	-.22*	-.06	.07
S-pos.Umdeutung	.03	-.15	-.00	.46**	-.08	-.18	-.02	-.25*	.35**	.13
S-Bejahen	-.08	-.23*	-.21*	-.00	.14	-.15	-.17	-.02	.01	.29*
S-koord.Leistg.	-.20	.14	.37**	.05	.06	.35**	.06	-.05	.10	.05
S-assert.Techn.	-.16	-.06	-.03	.13	.05	-.14	-.13	.04	.15	.21*

Tab. 29 : Interkorrelationen (Kendalls-tau) von Techniken aller drei Bereiche
(K = "unmittelbare Krankheitszeichen/mittelb. Krankheitsfolgen"
A = "Ausbildung/Beruf"
S = "Sozialbereich")
Fortsetzung nächste Seite

	A-kogn. Leistg.	S-Meiden..	S-Sich überlassen	S-andere sorgen lassen..	S-psych. phys.R.	S-Normen anderer..	S-pos. Umdtg.	S-Bejahen	S-koord. Leistg.
S-Meiden ..	-.16								
S-Sich überl..	-.26*	.08							
S-andere sorgen..	-.08	.13	.15						
S-psych. phys.R.	-.23*	.19	-.02	-.10					
S-Normen anderer	-.02	.12	-.32**	-.02	.10				
S-pos. Umdtg.	.11	.00	-.16	-.21*	.03	.34**			
S-Bejahen	.04	-.38**	-.15	-.21*	.08	.21*	-.00		
S-koord. Leistg.	-.11	.08	-.12	.08	.36**	-.08	-.12	.08	
S-ass. Techn.	-.14	-.15	-.17	-.18	.27*	.12	.03	.28**	.12

Tab. 29 (Fortsetzung)

Anmerkungen

[1] vgl.: "Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz". Zusammengestellt von H.H.RAUSCHELBACH und J.POHLMANN, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Köllen,Bonn 1977

[2] Leicht modifizierter Index von AHLBERG,A.: Hemophilia in Sweden. Acta Orthop. Scand. Suppl. 77 (1965)

[3] Der monatliche Aufwand für eine konservative Therapie beläuft sich hinsichtlich der Substitutionsmittel auf ca. 8000-20 000DM pro Patient.

[4] Die erste Erwähnung psychologischer Probleme bei der Hämophilie findet sich m.W. bei SCHACHTER,M.: Considérations clinoco psychologiques et therapeutiques à propos d'un cas d'hêmophile infantil. Acta Paediatr. (Stockholm) 35 (1948) 312

Literatur

AGLE,D.: Psychiatric studies of patients with hemophilia and related stress. Arch.Intern.Med. 114 (1964) 76

AGLE,D.: Psychological factors in hemophilia - the concept of self-care. Ann.NY.Acad.Sci. 240 (1975) 221

AGLE,D.,A.MATTSSON: Psychiatric and social care of patients with hereditrary hemorrhagic disease. Modern Treatment 5(1968) 111

ALBY,N.: Aspects psychologiques de l'hemophilie.In: R.GOURDEAU (ed) The hemophiliac and his world. Karger,Basel 1970

ALDRICH,C.K.,E.MENDKOFF: Relocation of the aged and disabled: A mortality study. J. Amer.Geriatric Soc. 11 (1963) 185

ALEXANDER,F.: Psychosomatische Medizin.2.Aufl. W.de Gruyter, Berlin 1971

ALLAIN,J.P.: A boarding school for hemophiliacs: A model for the comprehensive care of hemophilic children. Ann.N.Y.Acad.Sci. 240 (1975) 226

ANGLEITNER,A.: Methodische und theoretische Probleme bei Persönlichkeitsfragebogen mit einer ausführlichen Analyse deutschsprachiger Persönlichkeitsfragebogen.Unveröfftl.Habilitationsschrift,Univ.Bonn 1976

BACHNER,U.,H.H.BRACKMANN: Selbstbehandlung Hämophiler - Prinzip oder Privileg? Ärztl.Praxis 24 (1974) 1129

BAHNSON,C.B.,A.IFFARRAGUERRI,F.S.CORNELISON: Personality and self-image in hemophilic patients. Proc.IV.Wld.Congr.Psychiatr.Exc. Med.Intern.Congr. Series No. 150 (1966) 2752

BALINT,M.,E.BALINT: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. 2.Aufl. Klett,Stuttgart 1976

BARKER,R.G.: Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability. N.Y. 1953

BECKMANN,D.,H.E.RICHTER: Gießen-Test (GT).2.Aufl.Huber,Bern 1975

BECKMANN,D.,H.E.RICHTER: Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT). Huber,Bern 1979

BLEULER,E.: Lehrbuch der Psychiatrie.12.Aufl.,neub.v.M.BLEULER. Springer,Berlin 1972

BLSA (Bonn Longitudinal Study on Aging): vgl.THOMAE,H.(1976)

BRACKMANN,H.H.,P.HOFMANN,H.EGLI: Special aspects of the home therapy program. Vortrag,gehalten: Soc.Hemophilia (Europ.and African Div.) 3rd Meeting.London 1975

BRACKMANN,H.H.,P.HOFMANN,F.ETZEL,H.EGLI: Home care of hemophilia in West-Germany. Thrombosis and Haemostasis. No. 3,Vol 35, (1976) 544

BRAUTIGAM,W.,P.CHRISTIAN: Psychosomatische Medizin.Thieme,Stuttgart 1973

BRITTEN,M.,R.SPOONER,K.DORMANDY,R.BIGGS: The hemophilic boy in school. Brit. Med. J. (1966)

BRONKS,J.G.,E.K.BLACKBURN: Socio-medical study of hemophilia and related states. Brit. J. Prev. Soc. Med. 22 (1968) 68

BROWN,R.W.,E.H.LENNEBERG: A study in language and cognition. J. Abn. Soc. Psychol. 49 (1954) 454

BROWNE,J.G.,M.A.MALL,R.P.KANE: Psychosocial aspects of hemophilia. Study of 28 hemophilic children and their families. Am. J. Orthopsychiatry 30 (1960) 730

BRUHN,J.G.,J.W.HAMPTON,B.C.CHANDLER: Clinical marginality and psychological adjustment in hemophilia. J. Psychosom. Res. 15,2 (1971) 207

BYRNE,D.: Repression-sensitization as a dimension of personality. In: B.H.MAHER (ed) Progress in experimental personality research Vol.1. Academic Press, N.Y. 1964

CALDWELL,H.S.,K.L.LEVEQUE,D.M.LANE: Group psychotherapy in the management of hemophilia. Psychol. Rep. 35 (1974) 339

CANNELL,C.F.,F.J.FOWLER: Comparison of a self-enumerative procedure and a personal interview: A validity study. Publ. Opin. Quart. 27 (1963) 250

CANNELL,C.F.,R.L.KAHN: Interviewing. In: LINDZEY (ed) Handbook of Social Psychology.Vol.II.2nd edition.London 1968,526

CARROLL,H.A.: Die Dynamik der Anpassung.Dt.Übers.v.O.LOCKOWANDT et al. Beltz,Weinheim 1972

CASSEL,J.: The contribution of the social environment to host resistance. Am. J. Epidemiology 1o4 (1976) 107

CHAMBERLIN,R.W.: A study of an interview method for identifying family authority patterns. Genet. Psychol. Monogr.80 (1969) 129

CLAUSER,G.: Lehrbuch der biographischen Analyse. Thieme,Stuttgart 1963

COFER,C.N.,M.H.APPLEY: Motivation: Theory and Research. Wiley, N.Y. 1964

COHEN,F.,R.S.LAZARUS: Active coping processes,coping dispositions, and recovery from surgery. Psychosom. Med. 35 (1973) 375

CONNOR,F.P.: The hemophilic child in school.Ann. N.Y. Acad. Sci. 240 (1975) 238

CROOG,S.,S.LEVINE,Z.LURIE: The heart patient and the recovery process. Soc. Sci. Med. 2 (1968) 111

CROOG,S.,D.SHAPIRO,S.LEVINE:Denial among male heart patients. Psychosom. Med. 33 (1971) 385

DAVIES,R.K.,D.M.QUINLAN,F.P.MCKEGNEY,C.P.KIMBALL: Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients. Psychosom. Med. 35,6 (1973) 464

DELIUS,L.: Psychovegetative Syndrome. Thieme,Stuttgart 1966

DELIUS,L.: Modelle sozialer Einwirkungen auf den Menschen.Psychosomatische Konzepte.In: M.BLOHMKE et al. (Hg.) Hdb.d.Sozial - medizin.Bd.I: Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin.Enke, Stuttgart 1975, 131

DEWEY,J.: The reflex arc concept in psychology. Psychol.Review 3 (1896) 357

DIETERICH,R.: Psychodiagnostik. UTB 273. Reinhardt,München 1973

DIETRICH,G.,H.WALTER: Grundbegriffe der psychologischen Fachsprache. 2.Aufl. Ehrenwirth,München 1972

DISCOMBE,G.: Personal view. Br.Med.J. 1 (1971) 723

DREVER,J.,W.D.FRÖHLICH: Wörterbuch zur Psychologie. 5.Aufl. dtv, München 1971

EGLI,H.,H.H.BRACKMANN: Die Heimselbstbehandlung der Hämophilie. Dt.Ärztebl.-Ärztl.Mitteilungen 69.Jg.48 (1972) 3143

FABER,H.: Klinische und soziale Probleme der Hämophilen. Diss.med. Köln 1962

FAJARDO,R.A.:Psychosocial aspects of hemophilia. In: D.GRENN (ed) Hemophilia: A symposium on ambulatory care. C.C.Thomas,Springfield 1973

FAVRE-GILLY,J.: Medicosocial aspects of hemophilia. In: K.M.BRINKHOUS (ed) Hemophilia and hemophiloid diseases. The University of North-Carolina Press, Chapel Hill 1957, 254

FENICHEL,O.: The counter-phobic attitude. Intern.J. Psychoanal. 20 (1939) 263

FISSENI,H.J.: Zur Zuverlässigkeit von Interviews. Arch.Psychol. 126 (1974) 71

FRANKLIN,F.I.: Trends in the treatment of hemophilia A: Patient administered clotting factor program.In: E.DEUTSCH,H.W.PILGERSTORFER (eds) Hemophilia,research clinical psycho-social aspects. VI. Congr.Wld.Fed.Hemophilia. Intern.Symp. 1970,Baden,Austria. Schattauer,Stuttgart 1971,467

FREUD,S.: Inhibitions,symptoms,and anxiety. 1926

FREUD,S.: Bruchstück einer Hysterieanalyse (1905).In: S.FREUD: Hysterie und Angst. Freud-Studienausgabe.Fischer,Ffm 1971

FRIESEWINKEL,H.: Begrüßung und Einleitung zum Workshop am 14.Mai 1977 über Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung in Ffm.In: E.WEBER et al. (Hg) Patienten Compliance. Gerhard Witzstrock, Baden-Baden 1977, 13

FRÖHLICH,W.D.: Anpassung,soziale.In: W.ARNOLD et al. (Hg)Lexikon der Psychologie.Bd.I,1. 2.Aufl. Herder,Freiburg 1977, 115

GARLINGHOUSE,J.,L.J.SHARP: The hemophilic child's self concept and family stress in relation to bleeding episodes.Nursing Res. 17,1 (1968) 32

GAUS,E.,K.KÜHLE: Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlich Erkrankten. In: T.v.UEXKÜLL(Hg) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg,München 1979, 745

GIELEN,D.,S.KADEN: Die Bedeutung der Testgütekriterien für die Exploration. Unveröfftl. Dipl.Arb. Psychol. Bonn 1977

GRACE,W.J.,S.WOLF,H.WOLFF: Human Colon. P.B.Hoeber,N.Y. 1951

GRAHAM,D.T.,S.WOLF: Relation of eczema to attitude and to vascular reactions of human skin. J.Lab.Clin.Med. 42 (1953) 238

GRAHAM,P.,M.RUTTER: The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child.II. Interview with the parent. Brit. J. Psychiat. 114 (1968) 581

GROEN,J.J.: Emotional factors in the etiology of internal diseases In: J.J.GROEN (ed) Psychosomatic research. Pergamon Press, Oxford 1964, 1

GROSS,R.,P.SCHHÖLMERICH (Hg): Lehrb. d. Inneren Medizin. Schattauer,Stuttgart 1977, 189

HAAN,N.: Proposed model of Ego functioning: Coping and defense mechanisms in relationship to IQ change. Psychol.Monogr. 77, No.8, Whole No.571, 1963

HAAN,N.: Coping and defense mechanisms related to personality inventories. J.Consult.Psychol. 29 (1965) 373

HAAN,N.: A tripartie model of Ego functioning: Values and clinical and research applications. J.Nerv. Ment. Dis. 148 (1969) 14

HAAN,N.: Coping and defending. Processes of self-environment organization. Academic Press, N.Y. 1977

HACKETT,T.P.,N.H.CASSEM: Psychological management of the myocardial infarction patient. J.Human Stress 1 (1975) 25

HACKETT,T.P.,N.H.CASSEM,L.A.WISHNIE: The coronary care unit - An appraisal of its psychological hazards. N.Engl.J. Med. 279 (1968) 1365

HACKETT,T.P.,A.D.WEISMAN: Reactions to the imminence of death. In: G.H.GROSSER et al. (eds) The threat of impending disaster. MIT Press,Cambridge Mass. 1964,300

HAGMEIER,E.: Die Rehabilitation Körperbehinderter als psychologisches Problem. Bouvier,Bonn 1955

HAMBITZER,M.: Schicksalsbewältigung und Daseinsermöglichung bei Körperbehinderten. Bouvier, Bonn 1962

HEBB,P.O.: On the nature of fear. Psychol.Rev. 53 (1946) 259

HEIER,D.: Zur Rehabilitation von Hämophilen.Forschungsbericht des Instituts für Freie Berufe a.d. Friedr.-Alexander-Univ. Erlangen- Nürnberg, 1975
Kurzbericht in: Jahresbericht 1974/75 ,Teil I der Forschung im Geschäftsbereich des Bundesministers f. Jugend, Familie und Gesundheit. Kohlhammer, Stuttgart 1976, 326

HEINROTH,J.C.: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vogel,Leipzig 1818

HERRMANN,T.,K.H.STÄCKER: Sprachpsychologische Beiträge zur Sozialpsychologie. In: C.F.GRAUMANN (Hg) Handb. d. Psychologie. Bd. 7,1 (Sozialpsychologie). Hogrefe, Göttingen 1971, 398

HOFMANN,P.,H.RÖSSLER,H.H.BRACKMANN: Orthopädische Probleme bei der Hämophilie. Ortho 278 (1977) 10

HOFSTÄTTER,P.: Psychologie. Fischer, Ffm 1957

HOLZMAN,P.S.,R.W.GARDNER: Leveling and repression. J.Abn.Soc. Psychol. 59 (1959) 151

HOLZNER,J.H.(Hg): Pathologie des Menschen. Urban & Schwarzenberg, München 1973

INGRAM,C.: Some problems of social management in hemophilia. Br. J. Clin. Pract. 19.Jg. (1965)

IZARN,P.: Social and vocational rehabilitation of hemophiliacs. Wiscorin Med. J. 16.Jg. 1962

JACOBS,S.,R.LOHMANN: Psychopathologische Untersuchungen zur Persönlichkeitsentwicklung Hämophiler als Beitrag zur Neurosenlehre. Vortrag,gehalten: 5.Intern. Kongr. f. Psychiatrie. Mexiko-City am 30.11.1971

JÄGER,H.: Autonomie des Bluterkranken durch Selbstbehandlung. Ärztl. Praxis 30.Jg. 48 (1978) 1492

JAHODA,M.,M.DEUTSCH,S.W.COOK: Die Technik der Auswertung: Analyse und Interpretation. In: R.KÖNIG (Hg) Das Interview. Formen, Technik,Auswertung. Köln 1965

JACOBI, zit.n. LOPEZ-IBOR,J.J.: Psychosomatische Forschung. In: GRUHLE et al. (Hg) Psychiatrie der Gegenwart. Bd.I,2. Springer, Berlin 1963

JANSEN,D.A.: Die Persönlichkeitsstruktur von Körperbehinderten. Beltz,Weinheim 1976

JOCHMUS,I.: Die psychische Entwicklung diabetischer Kinder und Jugendlicher. 66. Beiheft zum Archiv f. Kinderheilkunde. Enke, Stuttgart 1971

JOHNSON,S.C.: Hierarchical Clustering Schemes. Psychometrika. Vol. 32, No. 3 (1967) 241

KASL,S.V.: Issues in Patient Adherence to Health Care Regimens. J. Human Stress Vol.I, No. 3 (1975) 5

KASPER,C.K.,L.PARTON: Reproduction in Hemophilia. West J. Med. 120 (1974) 273

KATZ,A.H.: Social adaption in chronic illness: A study of hemophilia. Am. J. Publ. Health 53 (1963) 1666

KATZ,A.H.: Hemophilia - a study in hope and reality. C.C.Thomas, Springfield 1970

KATZ,J.L.,H.WEINER,T.J.GALLAGHER,L.HELLMAN: Stress,distress,and ego defenses. Arch. Gen. Psychiat. 23 (1970) 131

KAUSEN,R.: Zur Theorie der Individualpsychologie. In: L.J.PON - GRATZ,K.H.WEWETZER (Hg) Hdb. d. Psychologie, Bd.8,1 (Klinische Psychologie) Hogrefe, Göttingen 1977,889

KIPNOWSKI,A.: Somatopsychische und psychosomatische Aspekte bei Hämophiliepatienten mit Heimselbstbehandlung. Unveröfftl. Dipl.Arbeit Psychologie. Univ. Bonn 1977

KIPNOWSKI,A.,H.J.KIPNOWSKI: Psychosomatische Aspekte bei gene - tisch determinierter Krankheit - eine Untersuchung an erwachsenen Hämophilen.Ztschr. f. med. Psychologie u. Psychoth. 5 (1979)

KIPNOWSKI,H.J.: Biographische und testpsychologische Untersuchungen an Colitis ulcerosa- Patienten. Diss. med. Bonn 1978

KOEPPEN,K.M.: Soziales Verhalten und Belastbarkeit Hämophiler. Med.Welt 43 (1976) 2033

KOS-ROBES,M.,H.G.ZAPOTOCZKY: Zur Psyche hämophiler Kinder und Jugendlicher. In: E.DEUTSCH,H.W.PILGERSTORFER (eds) Hemophilia, research clinical psycho-social aspects. VI.Congr. Wld.Fed. Hemophilia.Int.Symp.1970,Baden Austria. Schattauer,Stuttgart 1971

KÜBLER-ROSS,E.: On death and dying.What the dying have to teach doctors,nurses,clergy and their own families. McMillan Comp., N.Y. 1969

LABAW,W.L.: Regular use of suggestibility by pediatric bleeders. Haematologia 4 (1970) 419

LANDBECK,G.,A.KURME: Aktuelle Probleme der ärztlichen Versorgung Hämophiler. Fortschr. Med. 90 Jg. 14 (1972) 525

LANDBECK,G.,A.KURME: Verhütung körperbehindernder Blutungsfolgen bei schwerer und mittelschwerer Hämophilie. Med.Welt 24 (1973) 5

LANGEN,D.: Psychotherapie. Thieme,Stuttgart 1971

LAPLANCHE,J.,J.B.PONTALIS: Das Vokabular der Psychoanalyse. 2Bde. Suhrkamp TB 7, Ffm 1973

LARGO,S.: Die psychischen und sozialen Auswirkungen der Hämophilie beim Kinde. Schweiz. Rdsch. Med (Praxis) 63,1 (1974) 51

LAZARUS,R.S.: Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, N.Y. 1966

LAZARUS,R.S.: Emotions and adaption: Conceptual and empirical relations. In: W.ARNOLD (ed) Nebraska Symp. Motivation. Vol. 16, Univ.of Nebraska Press 1968

LAZARUS,R.S.: The stress and coping paradigm. Paper to be given at conference organized by Drs.C.Eisdorfer,A.Kleinmann,D.Cohen, Dep.Psychiatry and Beh.Sciences,Univ.of Washington,Seattle, entitled " The critical evaluation of behavior paradigms for psychiatric science".Nov.3-6 1978,Salishan Lodge,Gleneden Beach, Oregon (draft)

LAZARUS,R.S.,J.R.AVERILL,E.M.OPTON: The psychology of coping: Issues of research and assessment. In: G.V.COELHO et al.(eds) Coping and adaption. Basic Books Inc.Publ.,N.Y. 1974,249

LAZARUS,R.S.,B.J.COHEN : Theory and method in the study of stress and coping in aging individual. Paper prepared for the 5th WHO Conference on society,stress and disease: Aging and old age. Stockholm,Sweden,June 14-19, 1976

LAZARUS,R.S.,J.B.COHEN,S.FOLKMAN,A.KANNER,C.SCHAEFER: Psychological stress and adaption: Some unresolved issues. To be published in :H.SELYE (ed) Guide to stress research.Van Nostrand Reinhold Co.,N.Y. (draft)

LAZARUS,R.S.,R.LAUNIER: Stress-related transaction between person and environment. To be published in: L.A.PERVIN,M.LEVIS (eds) Internal and external determinants of behavior. Plenum, N.Y. (draft)

LAZERSON,J.: Hemophilia home transfusion program. Effect on school attendance. J. Pediat. 81 (1972) 330

LEHR,U.: Spezielle Probleme der Frau im 4. bis 6. Lebensjahrzehnt. Proc.XVI.Intern.Congr. Psychol. Bonn 1960.Nijhoff , Amsterdam 1961

LEHR,U.: Diagnostische Erfahrungen aus explorativen Untersuchungen bei Erwachsenen. Psychol.Rdsch. 14 (1964) 97

LEHR,U.,H.THOMAE: Konflikt,seelische Belastung und Lebensalter. Westdt. Verlag,Opladen 1965

LEVINE,P.H.,A.F.H.BRITTEN: Supervised management of hemophilia - a study of 45 patients with hemophilia A and B. Ann.Internal Med. (1973) 195

LIENERT,G.: Testaufbau und Testanalyse. Beltz,Weinheim 1969

LOHMANN,R.: Der chronisch körperlich Kranke. Somatopsychischer Zugang. Der Internist 13,II Berlin,1972

LOHMANN,R.,F.MEUTER,P.PETRIDES,S.GRÜNKLEE: Persönlichkeitsbild und soziales Verhalten des erwachsenen Diabetikers. Med.Welt 27 (1976) 1997

LUCAS,O.N.: Hypnosis and stress in hemophila. In: GOURDEAU (ed) The hemophiliac and his world. 1970, 73

MATTSSON,A.,S.GROSS: Social and behavioral studies on hemophilic children and their families. J. Pediat. 68 (1966) 952

MATTSSON,A.,S.GROSS,T.W.HALL: Psychoendocrine study of adaption in young hemophiliacs. Psychosom. Med. 33,3 (1971) 215

MAYNTZ,R.,K.HOLM,P.HÜBNER: Inhaltsanalyse. In:R.MAYNTZ et al.(Hg): Einführung in die Methoden der empririschen Sozialforschung. Opladen 1971

MENNINGER,K.A.: Regulatory devices of the ego under major stress. Int. J.Psychoanal. 35 (1954) 412

MEYERHOFF,H.,M.DONY: Die Zuverlässigkeit anamnestischer Angaben zur frühkindlichen Entwicklung.Z.Kinderhk. 108 (1970) 41

MIERKE,K.: Psychologische Diagnostik.In: N.K.ACH (Hg) Lehrbuch der Psychologie. Bd. 3. Bamberg 1944

MITSCHERLICH,A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. 8.Aufl. Suhrkamp, Ffm 1974

MONAT, unveröfftl.,zit.n.LAZARUS,R.S. et al. 1974

MYERS,B.A.,S.B.FRIEDMAN,I.B.WEINER: Coping with a chronic dis - ability. Amer.J.Dis.Cild. 120 (1970) 175

NESSWETHA,W.: Formen der Reaktion auf Konflikte.Phil.Diss.Bonn 1964

NILSSON,J.M.,M.BLOMBÄCK,A.AHLBERG: Our experience in Sweden with prophylaxis on hemophilia.In: R.GOURDEAU (ed) The hemophiliac and his world. Proc.5th Congr.Wld.Fed.Hemophilia. Montreal 1968. Bibl.haemat. No.34 Karger,Basel 1970

NOMIKOS,M.S.,E.M.OPTON,J.R.AVERILL,R.S.LAZARUS: Surprise versus suspense in the production of stress reaction. J.Person.Soc. Psychol. 8 (1968) 204

NOSSEIR,E.: Klinische und soziologische Probleme der Hämophilie in Schleswig-Holstein. Med.Welt 20 (1969) 2676

OLCH,D.: Effects of hemophilia upon intellectual growth and academic achievement.J.Genet. Psychol. 119,1 (1971) 63

OSIRIS III: System and program description.Vol.I. Release 2nd Edition. Institute for Social Research (ed) Univ.of Michigan 1973

PARRY,H.,H.CROSSLEY: Validity of responses to survey questions. Publ.Opin. Quart. 14 (1950) 61

PFLANZ,M.: Klinische Soziologie und Sozialpsychologie.In: W.J.SCHRAML (Hg) Klinische Psychologie. Huber,Bern 1970, 27

POINSARD,R.P.: Psychiatric aspects of hemophilia.In: K.M.BRINK-HOUS (ed) Hemophilia and hemophiloid diseases. Univ.of North-Carolina Press, Chapel Hill N.C. 1957, 249

PONGRATZ,L.: Das psychologische Explorationsgespräch. Psychol. Rdsch. 8 (1957) 195

RABINER,S.F.,M.D.TALFER,R.FAJARDO: Home transfusion of hemophiliacs. JAMA 221 (1972) 885

RABINER,S.F.,M.C.TELFER: Home transfusion program for patients with hemophilia A. N.Engl.J.Med. 238 (1970) 1011

REICH,W.: Charakteranalyse. 3.Aufl. Kiepenheuer & Witsch, Köln 1971

RICHTER,H.E.: Eltern,Kind und Neurose. 2. Aufl. Rowohlt,Hamburg 1970

ROSENMAN,R.H.: Prospective epidemiological recognition of the candidate for ischemic heart disease. Karger,Basel 1968

ROTTER,J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.Psychol.Monogr.80,1 (1966) No.609

SALK,L.,M.HILGARTNER,B.CRANICH: The psychological impact of hemophilia on the patient and his family. Soc.Sci.Med. 6,4 (1972) 491

SAPIR,E.: Conceptual categories in primitive language. Science 74 (1931)

SCHEUCH,E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: R.KÖNIG (Hg) Handb. d. emp. Sozialforschung. Bd.1 Stuttgart 1962, 136

SCHIMPF,K.(Gasthg): Die kontrollierte Selbstbehandlung der Bluter. Erfahrungsaustausch dt. Hämophiliezentren.Heidelberg, 22.Jan. u. 3.-4.Juni 1977. Blut Bd. 38 (1979) Gesamtes Heft 3

SCHMIDT,L.R.,P.BECKER: Psychogene Störungen.In: L.J.PONGRATZ, K.H.WEWETZER (Hg) Hdb. d. Psychologie. Bd. 8,1 (Klinische Psychologie). Hogrefe, Göttingen 1977, 330

SCHMIDT,L.R.,B.H.KESSLER: Anamnese. Beltz, Weinheim 1976

SCHRAML,W.: Das psychodiagnostische Gespräch. In: R.HEISS (Hg) Hdb. d. Psychologie. Bd.6 (Psychodiagnostik). Hogrefe,Göttingen 1964

SCHRAML,W.J.: Das klinische Gespräch in der Diagnostik. In: W.J.SCHRAML,U.BAUMANN (Hg) Klinische Psychologie. Bd.1. 3. Aufl. Huber,Bern 1975

SEELIGER-PETERSEN,W.: Lebensschicksale hämophiler Kinder (Hämophilie A).Katamnestische Studien unter sozialpsychologischem Aspekt. Diss.phil. Hamburg 1969

SCHULTE,W.,R.TÖLLE: Psychiatrie. 2.Aufl. Springer,Berlin 1973

SELYE,H.: The stress of life. McGraw-Hill, N.Y. 1976

SHANDS,H.C. et al.: Psychological mechanisms in patients with cancer. Cancer 4 (1951) 1159

SOUTHGATE,M.T.: The many facets of hemophilia. JAMA 228,1 (1974) 85

SPENCE,K.W.: A theory of emotionally based drive (D) and its relation to performance in simple learning situations. Amer. Psychologist 13 (1958) 131

SPENCER,R.F.: Psychiatric impairment versus adjustment in hemophilia: Review and five case studies. Psychiatry in Medicine 2,1 (1971) 1

SPENCER,R.F.,L.BEHAR: Adaption in hemophiliac adolescents. Psychosomatics 10,5 (1969) 304

STEINHAUSEN,H.C.: Zur Psychologie der chronischen Krankheit: Untersuchungen an Hämophilen. Diss.phil. Hamburg 1975

STEINHAUSEN,H.C.: Psychologische und sozialmedizinische Aspekte chronischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Dt. Ärzteblatt 50 (1977) 2953

STEINHAUSEN,H.C.,S.BÖRNER: Psychologische Anpassung jugendlicher Diabetiker. Klin. Pädiatrie 1977

STEINHAUSEN ,H.C.,H.WALLIS: Zur Schulsituation hämophiler Jungen. Monatsschr. f. Kinderheilk. 120 (1972) 128

STEINHAUSEN,H.C.,D.WEFERS: Körperbehinderte Kinder und Jugendliche. Beltz, Weinheim 1977

SULLIVAN,P.,T.P.HACKETT: Denial of illness in patients with myocardial infarction. Rhode Island Med. J. 46 (1963) 648

SZEWCZYK,H.: Zur Validität der Exploration in der klinischen Psychologie. In: H.D.RÖSLER et al. (Hg) Persönlichkeitsdia - gnostik. VEB, Berlin, 1976, 199

TAYLOR,C.: Hemophilia center at work. Rehabilitation 10 (1969)

THE TIMES: Haemophilia Society replies on parenthood. London, Mar 27, 1971

THOMAE,H.: Die biographische Methode in den antropologischen Wissenschaften. Stud. Gen. 5 (1952) 163

THOMAE,H.: Persönlichkeit. Eine dynamische Interpretation.2.Aufl. Bouvier,Bonn 1955

THOMAE,H.: Das Individuum und seine Welt. Hogrefe,Göttingen 1968

THOMAE,H.: Patterns of "successful" aging. In: H.THOMAE (vol.ed) Patterns of aging. Contributions to human development 3. Karger,Basel 1976

THOMAE,H.H.SIMONS: Reaktionen auf Belastungssituationen im höheren Lebensalter. Z.exp.angew.Psychol. 14 (1967) 290

UEXKÜLL,v.,T.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin.Rowohlt, Hamburg 1968

UEXKÜLL,v.,T.(Hg): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München 1979

VON KUGELGEN,E.: Psychological determinants of the delay in decision to seek aid in cases of myocardial infarction. Unpubl. diss. Univ. of California, Berkeley 1975

VOTH,H.M.,R.CANRO,M.KISSEN: Choice of defense. Arch.Gen.Psychiat. 18 (1968) 36

WAGNER,K.D.,E.WULFF: Entwicklungsprobleme bei Schulkindern mit Hämophilie. Kinderärztl.Praxis 42 (1974) 289

WALLIS,H.: Psychologische Probleme der Hämophilie. In: Dt. Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten. Bd.I 1972

WALSH,W.B.,E.J.MAXEY: Validity of self-report and personality. J.counsel.Psychol. 19 (1972) 563

WEISE,P.H.: Hemophilia.A total approach to treatment and rehabilitation.Psychology Program Othopaedic Hospital Los Angeles. Investigation supp.by grant RD 1367-M from the Vocational Rehabilitation Administration Dept. Health,Education and Welfare. Washington D.C. 1968

WEISMAN,A.D.: On dying and denying.Behavioral Publications,N.Y.1972

WEISS,D.J.,R.V.DAWIS: An objective validation of factual interview data. J.appl. Psychol. 44 (1960) 381

WHORF,B.L.: Sprache,Denken,Wirklichkeit. Beiträge zur Metalinguistik und Sprachphilosophie. Reinbek 1963

WITKIN,H.A.,R.B.DYK,H.F.FATERSON,D.R.GOODENOUGH,S.A.KARP: Psychological differentiation. Wiley, N.Y. 1962

WYSS,D.: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. 4.Aufl. Vandenhoek u. Ruprecht,Göttingen 1972

Lebenslauf

Am 23.9.1950 wurde ich als zweite Tochter des Handelsvertreters Theodor Schröer und seiner Ehefrau Franziska,geborene Nunnemann, in Hamm/ Westf. geboren.
Nach dem Besuch der Katholischen Südschule I wechselte ich 1962 zum Städtischen neusprachlichen Beisenkamp-Gymnasium in Hamm über,wo ich am 17.5.1971 die Reifeprüfung ablegte.
Vom Wintersemester 1971/72 an studierte ich bis zum Vordiplom im Wintersemester 1973/74 an der Technischen Universität Berlin im Hauptfach Psychologie.
Das Hauptstudium absolvierte ich bis zum Diplom,das ich am 2.6.1977 ablegte,an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn.
Von Mai bis Oktober 1977 unterrichtete ich als nebenamtliche Dozentin Psychologie an der Fachhochschule für Verwaltung in Köln-Weiden.
Seit dem 1.10.1977 habe ich die Verwaltung einer wissenschaftlichen Assistentenstelle am Psychologischen Institut der Universität Bonn (Abteilung Psychodiagnostik) inne.
Seit dem 14.4.1977 bin ich mit dem Arzt Hans Joachim Kipnowski verheiratet.